THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

1 Nec

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N°.....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

HYSTÉRECTOMIE PÉRINÉALE

(Procédé de M. le Professeur CUNÉO)

INDICATIONS, TECHNIQUE, RÉSULTATS

PAR

STEVAN R. NECHITCH

Né à Vienne, le 20 Février 1897

Président : M. CUNÉO, *Professeur*

PARIS
AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1923

Faculté de Médecine de Paris

DOYEN	M. ROGER
PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générale	MARCEL LABBE
Pathologie médicale	N.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	LÉON BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET, LEJARS, HARTMANN, GOSSET
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchement	BRINDEAU, JEANNIN, COUVELAIRE
Clinique gynécologique	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Clinique propedeutique	SERGENT

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LE LORIER	RETTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOIN	GOUGEROT	LEQUEUX	ROUSSY
BLANCHETIERE	GRÉGOIRE	LEREBOULLET	ROUVIÈRE
BRANCA	GUENIOT	LÉRI	SCHWARTZ (A)
CAMUS	GUILLAIN	LÉVY-SOLAL	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	MATHIEU	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	METZGER	TIFFENEAU
CHIRAY	LABBÉ (HENRI)	MOCQUOT	VILLARET
CLERC	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	
DEBRÉ	LANGLOIS	OKINCZYC	
DESMAREST		PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

Faible témoignage d'amour filial, d'affection illimitée et d'éternelle reconnaissance.

A MA SŒUR

A MES FRÈRES

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur CUNÉO

Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière

Officier de la Légion d'honneur

Témoignage de profonde et inoubliable gratitude.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. le Professeur ROGER, Doyen de la Faculté.

M. le Professeur BROCA.

M. le Professeur MARFAN.

M. le Professeur COUVELAIRE.

M. le Professeur KIRMISSON.

M. le Docteur PICOT.

M. le Docteur DALCHE.

A M. le Professeur VILLARD, de Lyon

A M. le Professeur DANIS, de Bruxelles

A MM. les Docteurs BLOCH et SOUPAULT

Avant Propos

La pratique de l'Hystérectomie périnéale est certainement peu répandue. Cette voie est pourtant très avantageuse, comme nous le verrons. Nous l'avons vu employer à plusieurs reprises dans le service de notre maître M. le Professeur Cunéo, aussi avons-nous pensé qu'il serait intéressant de reprendre dans cette thèse l'étude critique des indications, l'exposé de la technique avec quelques détails et enfin, autant qu'il est possible les résultats éloignés qui jusqu'ici n'ont pas été recherchés dans une étude semblable.

Nous avons pu en effet, grâce à l'inépuisable bienveillance de notre vénéré maître M. le Professeur Cunéo, recueillir directement ses impressions sur cette opération dont il a réglé la technique. Nous avons été à même de suivre dans son service un assez grand nombre de ses opérées.

De même, nous étant rendu à Bruxelles, dans le service de M. le Professeur Danis, dont nous n'oublierons pas l'accueil si cordial, nous avons pu également prendre connaissance de ses nombreuses opérations et assister à quelques-unes de ses interventions.

D'autre part, nous nous sommes livrés à quelques recherches cadavériques pour nous faire une idée des

repères rencontrés en cours de route pendant l'intervention, en particulier au sujet des pédicules vasculaires ainsi que des rapports précis entre l'uretère et l'artère utérine, vus par la voie périnéale.

Nous ne pouvons pas manquer d'apporter ici nos meilleurs remerciements à M. le Docteur Rouvière, Professeur agrégé et chef des travaux anatomiques à la Faculté, qui a mis obligeamment à notre disposition les sujets nécessaires pour nos études.

Nous tenons à remercier aussi M. le Docteur Bloch, prosecteur à la Faculté, notre guide précieux pour la préparation de nos pièces anatomiques, et M. le Docteur Soupault, aide d'anatomie, pour les conseils qu'ils nous ont prodigués dans l'élaboration de ce travail.

Historique

Dans la colpo-hystérectomie totale, par voie vulvo-périnéale, Suchardt posa le principe de l'incision para-vaginale permettant l'abord large du vagin.

Avant lui, d'autres chirurgiens avaient proposé diverses incisions vulvo-périnéales et en particulier Chaput, en 1892, au congrès français de chirurgie (par conséquent un an avant Suchardt), avait recommandé une incision vagino-périnéale fort analogue.

Plus tard, Schauta apporta à la technique une modification importante en systématisant la fermeture en sac clos de la partie supérieure du vagin décollé aussitôt après les premiers temps opératoires.

En 1907, Proust, au retour d'un voyage de Vienne, exposa avec une grande clarté la technique à laquelle s'était arrêté le chirurgien viennois, en insistant sur certains points de technique plus particulièrement originaux.

Enfin Ehrenpreis, dans sa thèse inaugurale en 1910, envisagea plus largement la question au double point de vue des indications, contre-indications et technique de cette intervention.

En dernier lieu, MM. Cunéo et Picot, dans un article du *Journal de Chirurgie* (mars 1921), tracèrent magistra-

lement la technique de l'hystérectomie périnéale pour cancer du col de l'utérus, telle qu'ils l'ont définitivement réglée. Cette technique diffère par plus d'un point des précédentes et en particulier en ce qui concerne le tracé d'incision qui permet, en s'étendant d'un côté à l'autre du périnée (ce qui diffère complètement du débridement primitif de Suchardt et de Schauta), une voie beaucoup plus large et un accès beaucoup plus facile de la base des deux ligaments larges.

Indications

Les indications de la voie périnéale sont multiples.

D'une façon générale, toutes les fois qu'il y aura un inconvénient quelconque à passer par l'abdomen, cette opération sera envisagée. D'autre part, à côté de l'hystérectomie vaginale habituelle, la préférence lui sera donnée comme voie basse toutes les fois qu'il s'agira d'extirper largement et en bloc l'utérus et les organes immédiatement voisins. C'est dire qu'elle trouvera sa raison d'être dans des cas de fibromes trop volumineux ou trop adhérents pour être extirpés par voie vaginale, sans pratiquer le morcellement ; dans certains cas de cancer du corps de l'utérus, enfin, et le plus souvent, dans les cas de cancer du col utérin, surtout quand il a envahi déjà le dôme vaginal.

Telles sont les principales circonstances où se posera la question d'envisager la voie périnéale. Cependant, nous nous garderions bien de l'ériger en dogme absolu et systématique.

En effet, dans la plupart des cas, la voie abdominale, actuellement si bien au point et pratiquée par la quasi-unanimité des chirurgiens, gardera toujours la suprématie. De même la voie vaginale, par sa simplicité d'exécu-

tion, doit garder aussi quelques indications et il faut évidemment prendre en considération les circonstances particulièrement défavorables aux autres procédés opératoires pour mettre en avant la technique que nous développons aujourd'hui d'une façon générale.

C'est avant tout la constitution du sujet, son âge, ses tares organiques, qui interdiront, dans certains cas, la laparatomie.

L'obésité est en effet parfois un très réel obstacle et même un danger opératoire. La paroi masque en grande partie le jour de l'incision ; les franges graisseuses, qui surchargent les anses intestinales et empêchent de les récliner, limitent déjà beaucoup le champ opératoire et l'intervention en est rendue déjà plus malaisée et plus longue.

D'autre part, ces femmes très grasses ont, en général, plus de difficulté à supporter la position inclinée nécessaire et respirent très mal en position de Trendelenbourg accentuée ; les poumons s'engorgent facilement et il est fréquent d'assister à des congestions des bases à la suite de l'opération ; le cœur est gras et réagit mal, à cette surcharge de travail ; le foie et les reins fonctionnent également de façon défectueuse et tous ces facteurs sont évidemment défavorables.

Nul ne songera à contester qu'il survient après des laparatomies laborieuses un certain schock, évidemment la plupart du temps passager, mais quelquefois réellement inquiétant et dû, c'est actuellement admis, à l'exposition pendant un temps de plus d'une heure parfois, du contenu abdominal et du péritoine. Au contraire, tous

ceux qui ont la pratique de la voie basse s'accordent pour reconnaître que les opérées par ce procédé, ont le soir même un minimum de fatigue et de réaction.

D'ores et déjà nous pouvons donc admettre le principe que chez les malades qui supporteront difficilement une opération abdominale, on devra poser sérieusement la question de l'intervention périnéale, si celle-ci toutefois donne les mêmes facilités d'exécution. Il en sera de même, et pour les mêmes raisons, dans les cas où l'on aura à faire à des femmes âgées, anémiées par des pertes, souvent de longue date, et au début d'une cachexie cancéreuse.

Mais, ainsi que M. le Professeur Cunéo le dit, dans son article, **c'est surtout pour le cancer du col** de l'utérus que les avantages deviennent évidents, car à ces considérations d'ordre général que nous avons envisagées plus haut, s'ajoute ici la possibilité d'enlever en une seule pièce le bloc cancéreux jusqu'à une limite a priori inconnue, le dôme vaginal même, quand les traînées néoplasiques descendent jusqu'à une distance relativement grande sur les parois vaginales ainsi que les paramètres. Nous avons pu nous rendre compte, en effet, en assistant aux interventions d'une part et sur le cadavre d'autre part, qu'il était aisé, après avoir attiré l'utérus, de faire très en dehors la section des pédicules vasculaires et par suite d'enlever une quantité relativement grande de tissu cellulaire péri-cervical.

Il est inutile d'insister sur ce fait qu'on pourra extirper autant de muqueuse vaginale que la prudence l'exigera

et qu'il suffira pour cela de sectionner nettement le vagin au-delà de la limite de l'extension apparente du cancer. Par voie abdominale, il est bien certain que c'est là le point difficile de l'hystérectomie élargie et qu'on se trouve toujours limité du côté du vagin. Les récidives souvent observées au niveau de la cicatrice vaginale après ces opérations en sont un témoignage indiscutable.

Reste la question des ganglions qu'on ne peut évidemment pas atteindre par le périnée. Mais, comme le fait remarquer le Professeur Cunéo, il est à l'heure actuelle peu d'opérateurs qui, même au cours d'un Wertheim plus ou moins modifié, fassent une cure ganglionnaire très complète et très minutieuse du petit bassin. Il semble donc, que cet argument n'est pas d'une importance contre l'hystérectomie périnéale. Du reste l'invasion lymphatique est le plus souvent observée à la partie du paramètre comprise entre l'utérus et le croisement utéro-urétral. Or cette zône peut être largement extirpée par la voie basse, bien plus même que par la voie haute. En ce qui concerne l'extirpation des ganglions hypogastriques et iliaques externes, on doit convenir que la voie basse est insuffisante. Mais dans ces cas, s'il s'agit vraiment d'invasion néoplasique, l'intervention même par la voie haute est-elle bien justifiée ?

D'autre part, les données très récentes de MM. Gosset et Monod, à la Société de Chirurgie de Paris, venant d'ailleurs confirmer par des résultats remarquables ce qui avait été avancé par différents chirurgiens ou radium-thérapeutes, permettent d'espérer une amélioration considérable dans les résultats du traitement du cancer du

col de l'utérus. On sait, en effet, que l'association du radium et de l'acte opératoire se succédant à quelques semaines d'intervalle, appliquée avec une technique rigoureuse, donne le maximum de garantie contre les récidives. Bien que cette association n'ait pas encore reçu son application, en usant à la fois du radium et de la voie périnéale, nous avons la conviction que cette technique pourra être avantageuse dans les cas difficiles et avancés et nous formons le vœu que bientôt soit réalisée semblable tentative. Le radium en effet, après avoir fait fondre les modules inflammatoires péri-néoplasiques du paramètre, rétrécit en quelque sorte le champ d'action du cancer, détruit les tissus déjà envahis, localise le néoplasme, et l'ablation chirurgicale s'en trouve facilitée.

Au point de vue des adénopathies, il reste à savoir si l'association ultérieure de radiumthérapie profonde doit garantir contre les métastases ganglionnaires. Ajoutons, d'ailleurs, que l'invasion lymphatique dépasse, comme on le sait, rarement le croisement de l'uretère et de l'utérine et que le reproche de l'abandon de ganglions pelviens est peut-être exagéré.

L'hystérectomie pour cancer du col de l'utérus pourra être pratiquée dans ces conditions beaucoup moins largement que précédemment, on peut du moins l'espérer, et dans des circonstances plus favorables. Nous nous trouvons ainsi ramenés à la situation que nous indiquions plus haut au sujet de toutes les tumeurs utérines non cancéreuses chez les femmes obèses, à lésions cardiaques, pulmonaires, hépatiques ou rénales,

lorsqu'elles ne constituent pas une contre-indication absolue à l'exerèse.

Nous nous en voudrions d'insister sur ce fait qu'il ne faudrait pas exagérément étendre l'emploi de cette méthode, sous prétexte qu'elle facilite l'exécution de l'opération, alors qu'une masse cancéreuse ayant envahi une grande partie du vagin, une induration des tissus périvaginaux, un envahissement du bas-fond vésical, relevé par la cystoscopie, une soudure au rectum, sont des conditions impératives d'abstention et que, contre de tels cas, toute audace chirurgicale se heurterait en vain, même si l'on voulait compléter cette colpo-hystérectomie par des résections étendues d'organes voisins. Il nous semble que le risque opératoire est alors démesuré avec la chance de succès.

Enfin, l'Hystérectomie périnéale, par le procédé de M. le Professeur Cunéo, peut être également utilisée dans certains cas spéciaux de l'amputation du rectum par la voie périnéale (Observations 45 et 46). Elle facilite énormément l'opération et évite la dissection recto-vaginale, temps difficile dans l'exerèse d'un néoplasme du rectum adhérent. Elle permet de vider beaucoup plus aisément le petit bassin, donne un jour considérable et facilite la ligature du pédicule supérieur du rectum.

Technique

Soins préliminaires

Ils ne diffèrent pas sensiblement des soins d'hygiène et d'aseptie habituels à toute intervention chirurgicale.

La préparation de la malade à l'opération comportera une préparation générale (examen du cœur, des poumons, des urines et fonctionnement hépatique), une purgation, pour mettre le tube digestif au repos, et une préparation locale : nettoge de la région, sondage préliminaire à l'opération, injections vaginales répétées et pansement vaginal vodoformé la veille de l'opération.

Une question doit être discutée : celle du curettage préliminaire, quelques jours avant l'intervention. Ehrenpreis, dans sa thèse, le recommande avec insistance et espère, par cet acte préalable, faciliter l'intervention en débarrassant la région des fongosités cancéreuses, qui pourraient être gênantes ou même dangereuses au cours de l'extirpation. Or, notre maître, M. le Professeur Cunéo et, d'après ce que nous avons vu, nous nous rangeons absolument à son avis, n'y attribue, dans les cas habituels, aucune importance, puisque, comme il sera précisé dans quelques instants, la fermeture du vagin suivant la mé-

thode de Shauta permet d'opérer presque dès le début en cavité close. Nous dirons même plus, il offre l'inconvénient d'ajouter une opération à celle qui est nécessaire, d'où risque d'infection et fatigue supplémentaire imposée à une malade souvent déjà affaiblie.

Le curettage d'un tissu cancéreux ne peut être regardé comme absolument inoffensif. Les vaisseaux lésés peuvent entraîner les toxines et les cellules cancéreuses. C'est d'ailleurs pour cette raison que les chirurgiens conseillent d'opérer aussi loin que possible du tissu cancéreux, de tailler en tissu sain pour éviter de réinoculer l'agent cancéreux qu'ils veulent enlever.

Pour ces différentes raisons, le curettage préalable, n'a en définitive aucune raison d'être adopté et à notre point de vue, du moins, il est inutile.

Anesthésique

Nous sommes très fervent partisan de la rachi-anesthésie d'une façon générale, surtout dans les opérations qui s'adressent aux malades de la catégorie que nous envisageons précisément ici, c'est-à-dire des obèses, des pléthoriques, etc... Etant donné le territoire sur lequel portera l'acte opératoire on aura pour une durée suffisamment longue une anesthésie tout à fait parfaite. La rachianesthésie est d'autant plus justifiée que l'état cardiaque, pulmonaire et hépatique de ces malades contre-indique le plus souvent l'anesthésie générale.

Rappelons pour mémoire qu'il n'est pas nécessaire pour les opérations pelviennes et périnéales d'injecter au-

dessus de la quatrième vertèbre lombaire, que la dose d'anesthésique (novocaïne, scurocaïne, stovaïne) est de 10 centigrammes, que l'écoulement du liquide précédant l'injection doit varier entre 5 et 15 centimètres cubes, au maximum et qu'enfin le procédé du barbotage paraît très rationnel. Si par hasard l'anesthésique s'élimine avant la fin on peut adjoindre, mais avec beaucoup de prudence, quelques gouttes d'anesthésique général (chloroforme ou éther) sans pousser trop loin la narcose par crainte des syncopes bulbaires.

Nous n'avons aucune pratique de l'anesthésie splanclinique transpariétale, mais théoriquement il paraît bien qu'elle pourrait satisfaire aux desiderata de ces cas particuliers.

Instrumentation

Nous tenons simplement à signaler quatre points.

D'une part, la commodité qu'apporte la lumière par miroir frontal, qui permet de voir très clairement jusqu'au fond du champ opératoire, souvent extrêmement profond.

En second lieu l'importance qu'acquièrent de bonnes valves, de dimensions convenables et judicieusement choisies. Comme nous le verrons, elles doivent tour à tour récliner le rectum, la vessie et l'uretère.

A Vienne, ainsi que le rapporte M. Proust, l'emploi de ces valves paraît être remplacé par l'emploi de spéculum de Spiegler, instrument assez compliqué mais très puis-

sant, dont le principe est une fixation automatique, qui par conséquent évite des aides supplémentaires encombrants et vite fatigués et permet, d'autre part, toutes les inclinaisons et déplacements possibles au cours des divers temps opératoires.

Comme troisième point, l'utilité de se servir de l'aiguille de Deschamps pour la ligature correcte des pédicules artériels et annexiels.

En quatrième et dernier lieu, l'irrigation à l'eau chaude. C'est encore en vue d'une plus grande clarté pendant l'opération, que l'utilisation d'un liquide chaud aseptique (sérum de préférence) ou antiseptique (eau iodée) nous paraît recommandable. On entraînera, de la sorte le sang qui suinte de la vaste plaie sans que l'hémostase en soit directement possible au moyen des pinces et les différents organes seront, par conséquent, mieux exposés à la vue et plus facilement repérés et l'intervention y gagnera en clarté et en rapidité.

Technique proprement dite

Nous rappelons pour mémoire la technique de Schauta, telle que la rapporte M. Proust. En un premier temps est faite l'incision circulaire du vagin à hauteur convenable et après dissection d'une manchette de 5 centimètres environ oblitération hermétique du fond du vagin par quelques points de suture. Dans un deuxième temps, on pratique une incision para-vaginale auxiliaire qui, débutant au niveau de la lèvre inférieure de l'incision circulaire vaginale à l'union du cadran postérieur et du cadran

latéral gauche, se dirige vers la vulve qu'elle sectionne au point correspondant, puis se prolonge directement en arrière parallèlement à l'axe du périnée pour se terminer en dehors de l'anus, pouvant être conduite jusqu'au sacrum et intéressant toute l'épaisseur du périnée mou. Après avoir incliné le rectum, on ligature les vaisseaux et on tamponne.

Dans un troisième temps, on dissèque en avant la partie supérieure du vagin, en le séparant de la vessie et des uretères, point capital et d'ailleurs un des plus difficultueux.

Au temps suivant, libération des bords latéraux du vagin, dissection de la base du paramètre, en passant entre le vagin libéré et le bord du releveur de l'anus.

Enfin, on ouvre le cul-de-sac péritonéal antérieur vésico-utérin, puis le cul-de-sac de Douglas et alors l'utérus se laisse basculer par la plaie béante. Il ne reste plus qu'à sectionner ses différents pédicules et à enlever l'utérus et les annexes.

La réparation est simple. On se contente de fermer le péritoine en affrontant les deux lèvres et de reconstituer grossièrement l'anneau vulvaire en bourrant avec des mèches la cavité créée.

Nous insistons encore sur cette incision dite para-vaginale de Suchardt qu'il décrit lui-même (1893) de la façon suivante :

« La surface de section est un triangle, un côté est vaginal et s'étend du cul-de-sac latéral gauche en un point placé un peu en arrière de la partie moyenne de la grande lèvre gauche ; le deuxième côté est cutané et se dirige de

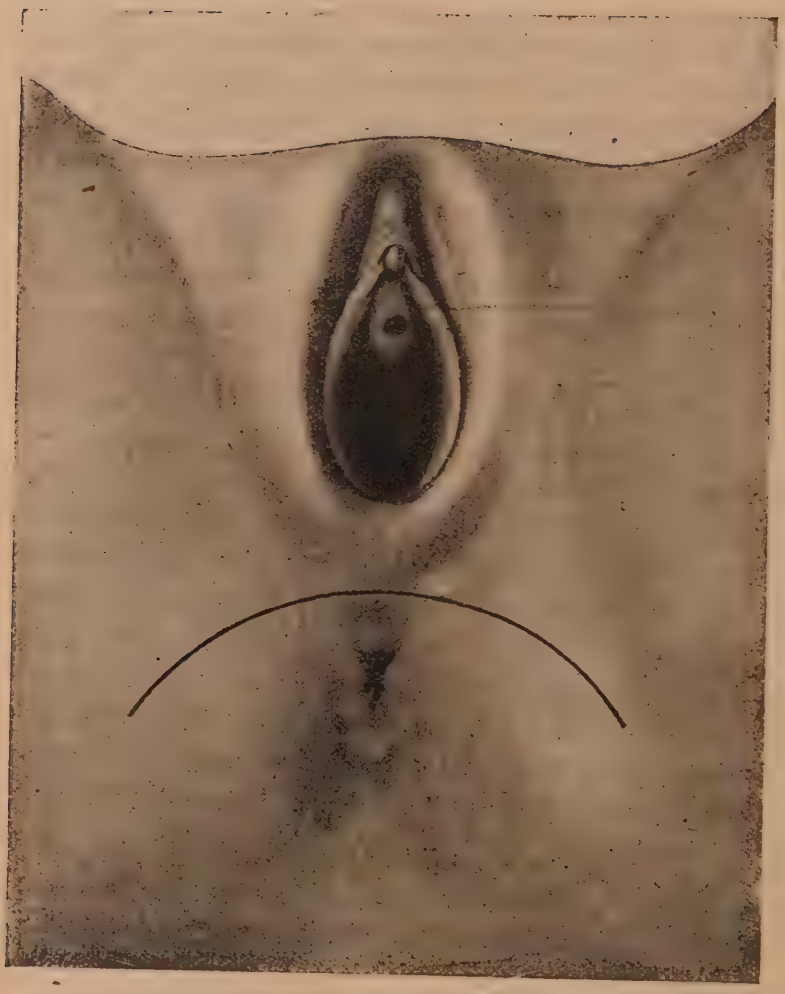

Fig. 1. — Tracé de l'incision (Cunéo et Picot)

la grande lèvre à un point situé un peu au-dessus de la dernière vertèbre sacrée. La base du triangle chemine en partie dans le tissu para-vaginal et para-rectal, en partie dans la fosse ischiorectale. »

Nous ne discuterons pas au sujet du nom para-vaginal que Schauta critique et propose de remplacer par vagino-périnéal, ce qui, évidemment, paraît mieux justifié au point de vue nomenclature anatomique.

De son côté, Ehrenpreis montre que l'incision a la forme d'une ligne brisée, à deux côtés, l'un vaginal, l'autre périnéal, qui se rencontrent au niveau de l'incision postéro-latérale de l'orifice vulvaire. Il fait remarquer que cette incision n'intéresse aucun organe essentiel. Nous avons pu nous rendre compte nous-même, dans nos dissections, de la véracité de ce fait et en même temps nous nous sommes également convaincus que cette incision donne beaucoup de jour sur les ligaments larges, mais elle ne donne accès que d'un côté du canal vaginal. A ce point de vue la modification apportée par M. le Professeur Cunéo est très importante, puisqu'elle livre l'accès sur toute la partie postérieure du vagin et qu'on trouve la voie ouverte aussi bien à droite qu'à gauche. Le procédé de M. le Professeur Cunéo est en somme, une colpo-hystérectomie périnéale comparable au Wertheim. C'est une opération parfaitement réglée, permettant d'extirper en sac clos le vagin (en partie ou en totalité, suivant les cas), l'utérus, les annexes et le paramètre.

Nous exposons donc, sans y rien changer et en insistant sur quelques détails, la technique de notre maître

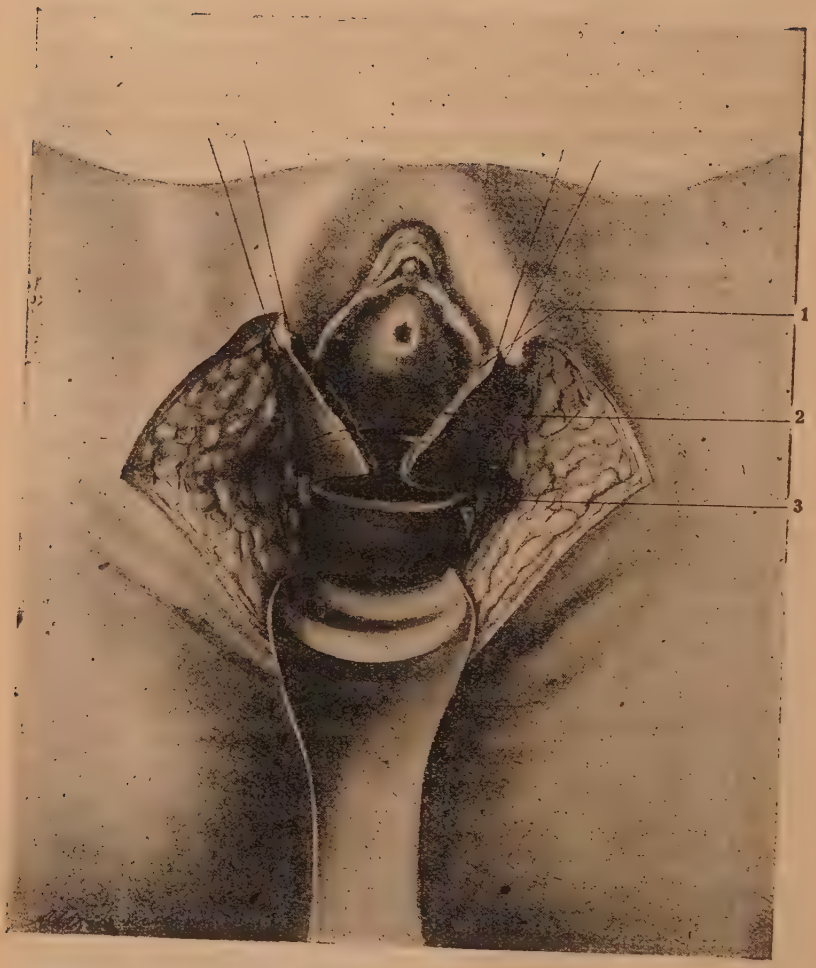

Fig. 2. — *Section de la paroi postérieure du vagin* (Cunéo et Picot). — 1. paroi antérieure du vagin ; — 2. section médiane de la paroi postérieure ; — 3, amorce de la section horizontale.

ainsi qu'il l'a publiée, avec M. le Docteur Picot et telle que nous la lui avons vu pratiquer.

L'incision utilisée par M. le Professeur Cunéo, tout à fait différente de l'incision Suchardt-Schauta. Elle est figurée par une ligne transversale légèrement convexe en avant allant d'un ischion à l'autre, véritable laparatomie périnéale. Elle doit passer à deux centimètres environ en arrière de la fourchette (fig. 1).

Première phase : Isolement des deux faces antérieure et postérieure du conduit vagino-utérin

Après l'incision cutanée, un point très important qu'a bien mis en relief M. le Professeur Cunéo, consiste à s'engager entre le sphincter anal et le sphincter vulvaire, et c'est pourquoi l'incision ne doit pas se trouver sur la commissure vulvaire postérieure. En effet si l'on incise le constricteur de la vulve, on intéresse de chaque côté le bulbe et il s'ensuit une hémorragie importante et fort gênante. Si l'on passe bien entre les deux sphincters, il est facile, après section du raphé ano-vulvaire et des fibres musculo-fibreuses qui se tendent lorsqu'on sépare l'une de l'autre la pince vulvaire et la pince anale, de pénétrer dans cet espace décollable qui permet de remonter aussi haut qu'il est désirable. On atteint ainsi le Douglas et on remplit cet espace décollé par une mèche protectrice et hémostatique.

Dans un second temps, on incise la paroi postérieure

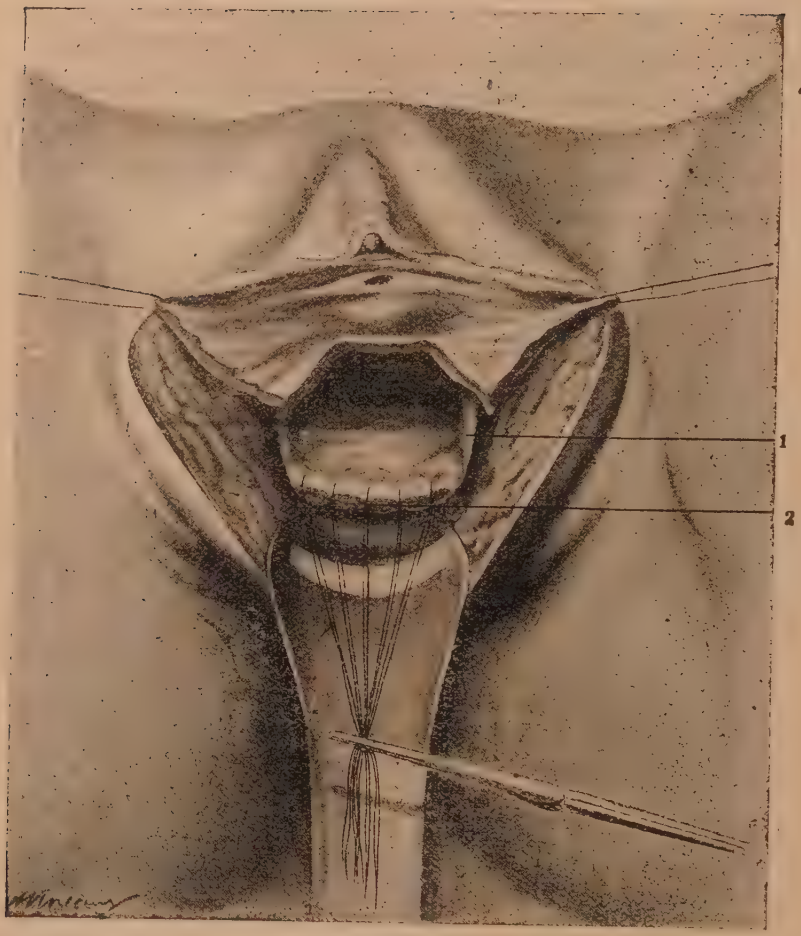

Fig. 3. — *Fermeture du conduit vaginal* (Cunéo et Picot). — 1, bord latéral du vagin ; — 2, section du vagin fermé par plusieurs points de suture.

du vagin. L'incision verticale doit être médiane et remontée jusqu'au point où l'on fera porter l'incision transversale (fig. 2).

Cette incision transversale sera faite d'un côté, puis de l'autre, en allant d'arrière en avant et ces deux hémisections se rejoindront sur la ligne médiane antérieure. Le vagin est ainsi divisé en deux parties : l'une supérieure, utérine ; l'autre inférieure, vulvaire.

On libère ensuite le segment supérieur du vagin, au-dessus de la section, sur une longueur de deux centimètres environ, et on ferme le segment vaginal avec quelques points de suture (fig. 3). Les fils doivent passer à une bonne distance de la tranche, un centimètre environ, pour qu'ultérieurement ils ne risquent pas de provoquer la déchirure de leurs attaches. Leurs extrémités laissées suffisamment longues et nouées ensemble, vont servir de tracteur très utile dans la suite. Une compresse de teinture d'iode préalablement posée sur le col est ainsi emprisonnée dans le vagin suturé. Le cancer se trouve dès ce moment isolé en sac clos et les manœuvres ultérieures se passent, par conséquent, en tissus théoriquement aseptiques. Aussi, avant d'aller plus loin quelques chirurgiens font-ils refaire l'asepsie : changent de gants, procèdent à un nouveau nettoyage du champ opératoire et remplacent les instruments ayant déjà servi. On arrive alors aux phases difficiles de l'opération.

Tout d'abord, le décollement vésico-vaginal sur le sujet sain, comme d'ailleurs sur le cadavre, où nous l'avons pratiqué à plusieurs reprises est en général aisé puis-

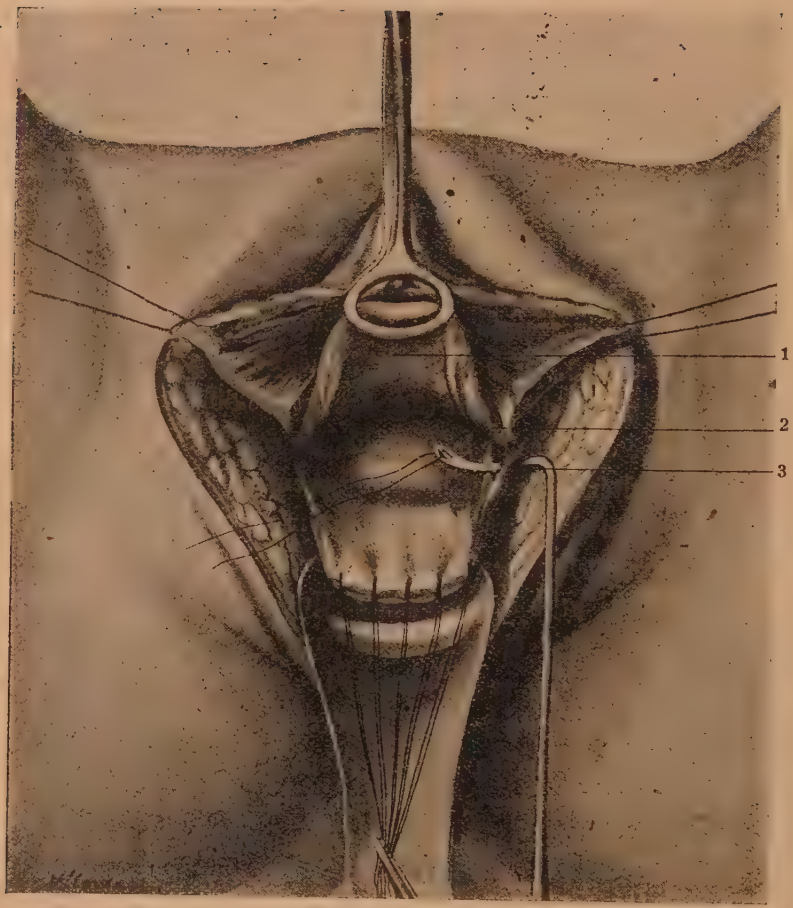

Fig. 4. — *Ligature de l'artère vaginale* (Cunéo et Picot). — 1, vessie soulevée par une pince à traction ; — 2, uretère ; — 3, artère vaginale soulevée par une aiguille de Deschamps.

qu'il exsite un plan de clivage anatomique. Au contraire, malheureusement, dans les cancers du col de l'utérus il se fait très rapidement sinon un envahissement du moins une infiltration œdémateuse ou inflammatoire du tissu celluleux sous-vésical. Dans plusieurs de nos observations il est signalé que ce clivage a été extrêmement laborieux et a dû se faire non pas au doigt ou à la compresse, mais aux ciseaux ou avec le bistouri. Il est facile d'imaginer que dans ces conditions on chemine entre deux écueils également dangereux ; l'ouverture de la vessie d'un côté, l'ouverture de la cavité vaginale, d'autre part.

Un aide maintient une valve sous-pubienne courte et le chirurgien, en s'aidant en partie avec son index ou le pouce de la main droite, en partie avec les ciseaux courbes, dédouble la cloison vésico-vaginale. Ce décollement doit être exécuté avec beaucoup de prudence, car quelquefois, par suite de l'extension des traînées néoplasiques et de la réaction inflammatoire, on peut trouver des adhérences et une manœuvre précipitée ou imprudente peut exposer le chirurgien à blesser la vessie, accident sinon dangereux et d'une gravité immédiate, tout au moins très ennuyeux et fâcheux dans les suites. Dans le cas où la blessure a été inévitable il faut la fermer soigneusement en plusieurs plans de suture. Sa réparation est très difficile et dans la suite cet accident peut exposer à des fistules ultérieures d'une curabilité souvent très délicate et difficile.

En présence de ces adhérences de la vessie, on peut se servir de guide utile pour trouver le plan de clivage en

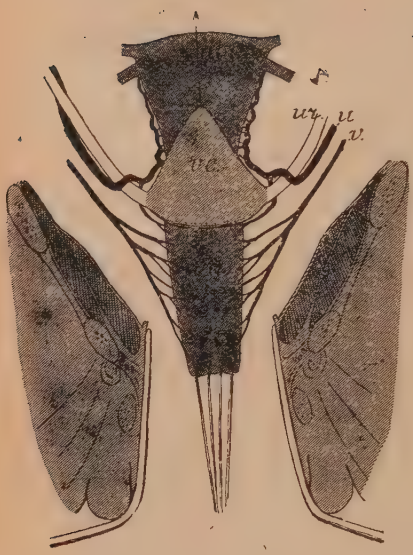

Fig. 5. — L'utérus et le vagin avec leurs artères : rapports au début d'une hystérectomie vaginale avec colpectomie

Fig. 6. — L'utérus et le vagin avec leurs artères; rapports à la fin d'une hystérectomie vaginale avec colpectomie

u, artère utérine; — *v*, artère vaginale; — *ur*, uretère; — *ut*, utérus; — *ve*, vessie; — *va*, vagin (Schémas empruntés à P. Descomps, *Arch. mens. d'Obst. et de Gynéc.*, t. I, 1912, p. 153 et 155).

introduisant une sonde rigide ou le doigt dans la vessie, avec dilatation préalable du col vésical à l'aide des bougies d'Hégar. Nous tenons à faire observer ici que cette dilatation chez les malades opérées par MM. les Professeurs Cunéo, Danis et leurs assistants n'a jamais occasionné d'incontinence ni d'accidents consécutifs dans les suites.

Le temps suivant consiste à décoller les faces latérales du vagin. Avec une compresse montée sur une pince, on poursuit le décollement de la face antérieure du vagin sur les côtés puis dans le même sens continuant le décollement de la face postérieure, on arrive à isoler une sorte de tractus fibro-vasculaire répondant à l'épanouissement des branches de l'artère vaginale. On mettra une pince de chaque côté parallèlement à l'axe du conduit et on fera la section de ce tractus.

Les adhérences du releveur et surtout de la lame sacro-recto-vaginale doivent être libérées au préalable et sectionnées entre deux ligatures.

Le vagin étant isolé, on atteindra alors les flancs de l'isthme utérin, que l'on doit libérer aussi loin que possible. C'est à ce niveau que l'opérateur prend contact avec l'uretère, dont on connaît bien les rapports très précis et suffisamment signalés avec l'artère utérine (vus par la voie basse), ainsi que l'a bien montré M. Descomps, dans ses recherches anatomo-chirurgicales.

La recherche de l'uretère ne présente ordinairement pas de difficultés. Le moyen le plus commode pour le reconnaître consiste à trouver les deux cornes vésicales et de les poursuivre d'avant en arrière. Les uretères une fois trouvés, on procède à leur refoulement. Ce refoulement,

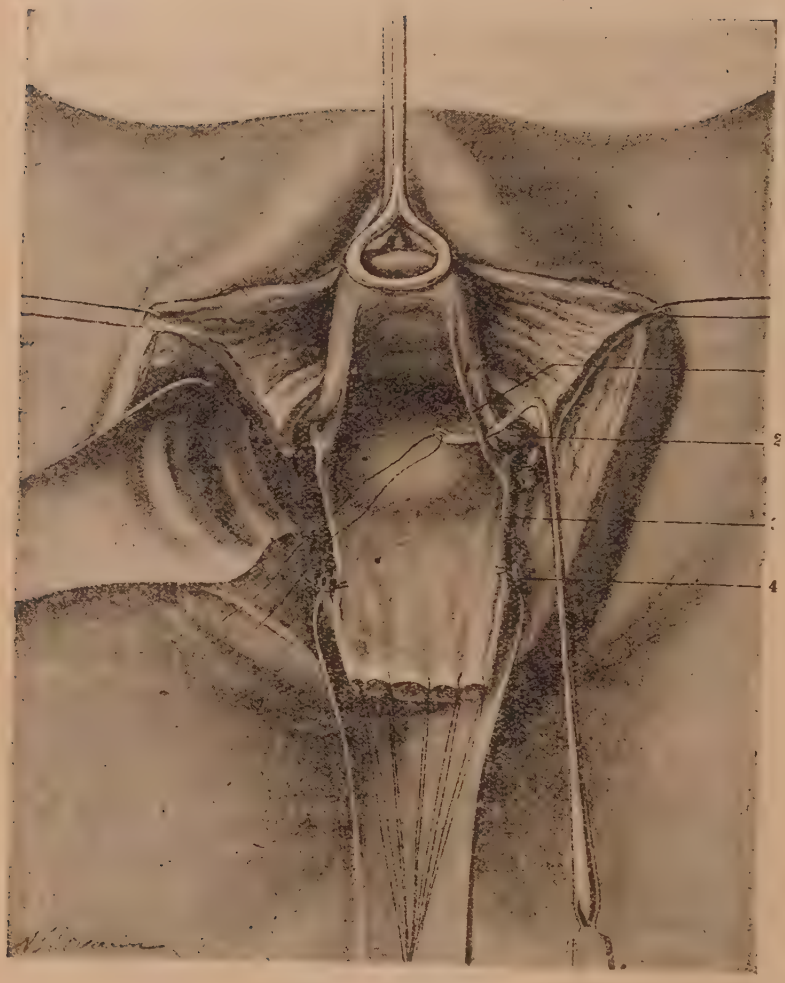

Fig. 7. — *Ligature des branches vésicales de l'utérine* (Cunéo et Picot). — 1, Branche vésicales de l'utérine; — 2, artère utérine; — 3, bout central de l'artère vaginale; — 4, bout périphérique de l'artère vaginale.

en absence de toute adhérence pathologique, se fait généralement sans difficulté. Pourtant il est bien certain que, dans les cas d'envahissement déjà étendu du paramètre ou d'adhérences pathologiques, l'uretère sera beaucoup plus malaisément dissociable et c'est à une véritable sculpture du conduit que l'on devra se livrer. Ce sont évidemment les cas les plus défavorables. Mais tout chirurgien a dans la mémoire des cas semblables traités par la voie abdominale.

L'uretère doit être à ce moment le principal souci de l'opérateur. Le chirurgien doit tenir compte de ses rapports anatomiques et avoir l'habitude de le voir par la voie périnéale, car sa blessure est un accident fâcheux et son traitement des plus difficiles.

Après la libération du vagin, on se trouve en présence du cul-de-sac vésico-utérin en avant (fig. 9) et du cul-de-sac de Douglas en arrière. On pratique alors à ce niveau, entre les deux culs-de-sac. L'ouverture du péritoine. On place ensuite dans le décollement antérieur une valve vaginale suffisamment large pour soulever la vessie, écarter les uretères et qui élargit en même temps le jour du champ opératoire. Elle doit être ainsi maintenue en place jusqu'à la fin de l'opération. En ce moment, on se livre à la ligature des différents vaisseaux.

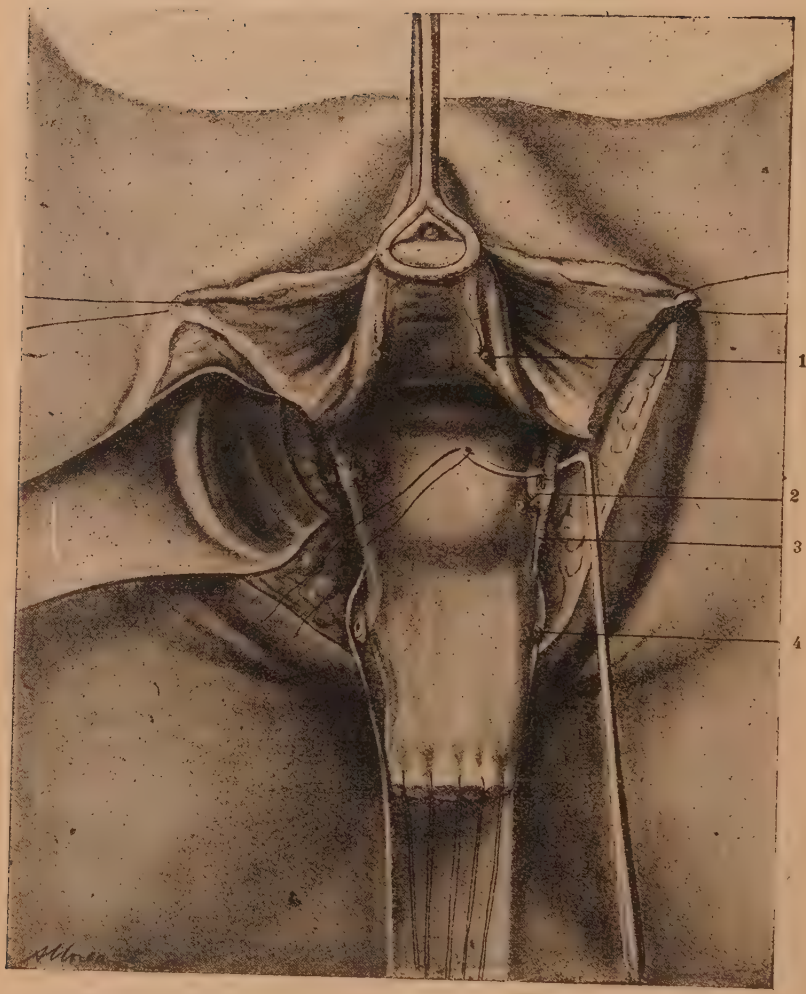

Fig. 8. — *Ligature de l'artère utérine* (Cunéo et Picot). — 1, section des artérioles vésicales venues de l'utérine; — 2, artère utérine; — 3, branches vaginales de l'utérine; — 4, artère vaginale,

Deuxième phase : Ligature méthodique des différentes pédicules artériels

La première ligature est celle de l'artère vaginale (fig. 4). En attirant le vagin fortement du côté opposé on l'aborde à deux ou trois centimètres du bord vaginal, point où l'on doit la lier en se servant de l'aiguille de Deschamps. La section des vaginales permettant un abaissement notable du conduit utéro-vaginal facilite beaucoup l'accès de l'artère utérine (fig. 8).

Par suite de l'abaissement de l'utérus et du refoulement de la vessie et du vagin la topographie de l'utérine et de ses rapports avec l'urtère sont très modifiés et tout à fait différents de la topographie que l'on a en opérant par la voie abdominale (fig. 11).

Ces modifications sont bien figurées dans les deux schémas de Descomps (schéma 5 et 6) que nous reproduisons ici et minutieusement décrites en détails par M. le Professeur Cunéo et son assistant le Docteur Picot. Nous ne croyons pas pouvoir faire mieux que de les citer ici scrupuleusement :

« Lorsque les organes sont dans leur position normale, l'utérine, d'abord plus externe que l'uretère, passe en dedans de ce conduit en croisant sa face antérieure. Le contact s'établit au moment où l'uretère croise à une distance de 15 millimètres environ le bord de l'utérus. On sait que le vaisseau, qui est au contact presque immédiat de l'uretère, l'enjambe en dessinant en avant et au-dessus de lui une sinuosité que l'on désigne parfois sous le nom de « crosse pré-urétérique », à tort selon nous, car il vaut mieux réserver ce nom de crosse à la courbe que décrit le

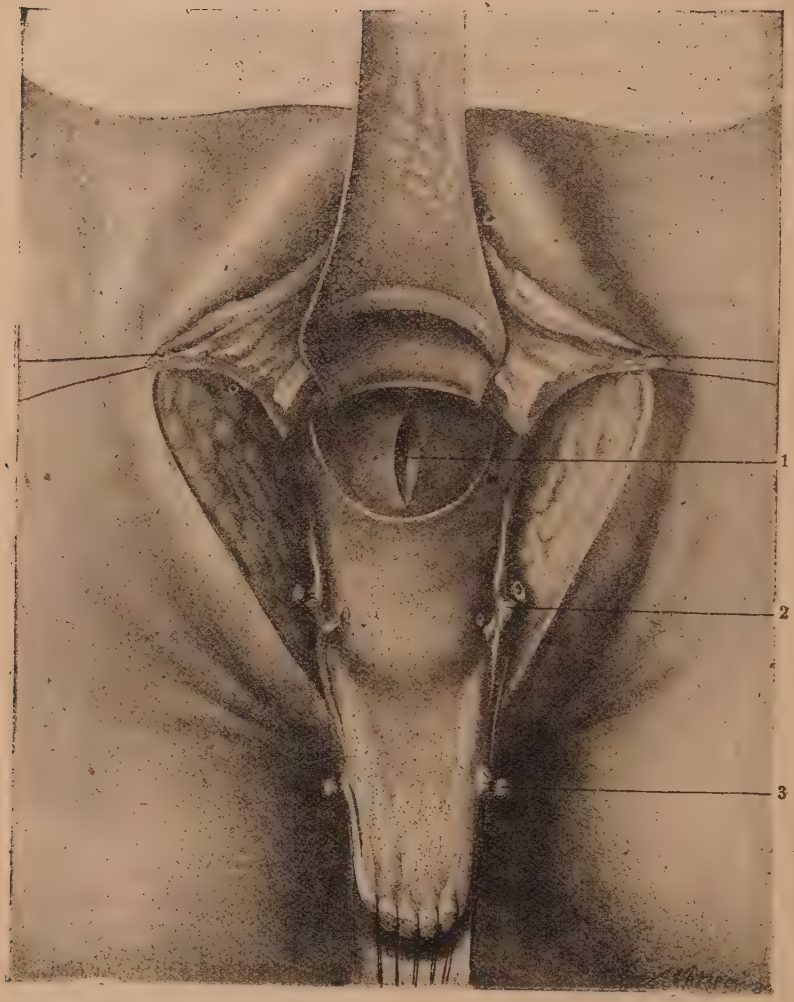

Fig. 9. — *Ouverture du cul-de-sac vésico-utérin* (Cunéo et Picot). — 1, entaille verticale et médiane du corps utérin pour faciliter la prise des pinces à traction ; — 2, pédicule utérin ; — 3, pédicule vaginal.

vaisseau lorsqu'il arrive à proximité du col et change de direction pour devenir ascendant.

» C'est au niveau même du point de croisement que l'artère donne des collatérales vésicales et cervico-vaginales dont le mode de ramescence est assez variable (fig. 7). Point important : l'artère et ses veines satellites, enveloppées de leur gaîne, n'adhèrent pas à l'uretère. Aussi en l'absence de toute altération pathologique, le refoulement latéral de l'uretère éloignera notablement ce conduit de l'artère ; de plus, la crosse utérine suivra le mouvement d'abaissement du conduit cervico-vaginal sans entraîner si peu que ce soit l'uretère.

» Cela nous explique les nouveaux rapports que l'artère et l'uretère contractent au cours de l'abaissement de l'utérus, et qui sont représentés par le schéma 6. L'uretère, refoulé en haut, en même temps que la vessie, répond maintenant à un niveau plus ou moins élevé du corps de l'utérus. De plus, il subit un déplacement en dehors que doivent maintenir les bords de la valve qui soutient la vessie. Il est donc beaucoup plus rapproché que précédemment de la paroi pelvienne, ce que n'indique d'ailleurs pas suffisamment le schéma. Il en résulte que le point de croisement de l'uretère et du vaisseau est déplacé de plusieurs centimètres en dehors, par rapport au vaisseau lui-même.

» De plus, en raison du fait que l'artère descend maintenant beaucoup plus bas que l'uretère, elle est amenée à croiser la face postérieure de celui-ci. Comme on le voit sur le schéma, si l'artère contracte maintenant avec l'ure-

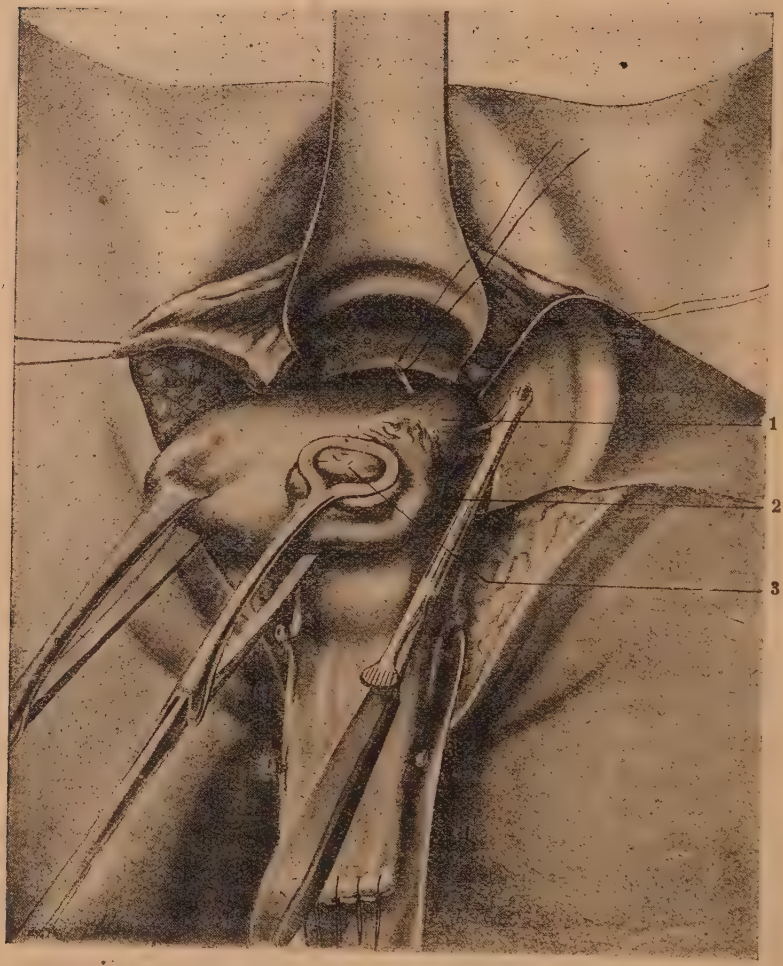

Fig. 10. — *Ablation des annexes gauches* (Cunéo et Picot). — 1, Ligature du pédicule utéro-ovarien ; — 2, pédicule utérin ; — 3, annexes gauches.

tère des rapports beaucoup plus étroits que dans la position anatomique normale, ces connexions n'intéressent que la partie pariétale du vaisseau, sa partie juxta-utérine se déroulant au-dessous du conduit rénal. Cette partie sous-uretérale dessine une crosse en forme d'U très étroit, pour ne pas dire de V. Aussi, lorsqu'on pratique la ligature, faut-il avoir soin de bien engager la pointe de l'aiguille de Deschamps entre les deux branches du V artériel, et de ne pas prendre par mégarde ces deux branches ou la branche interne seulement dans le fil. Il est facile de comprendre combien cette fausse manœuvre gênerait la ligature correcte du pédicule. De plus, il faut s'efforcer de placer la ligature le plus haut possible sur la branche descendante de l'anse artérielle, en se souvenant, lorsqu'on approche de l'uretère, que l'artère apparaît en arrière de celui-ci » (Cunéo et Picot).

Le moment sera alors venu de sectionner les ligaments utéro-sacrés qui contiennent une partie des lymphatiques venant du col de l'utérus. M. le Professeur Cunéo a insisté sur ce point qu'aussi bien dans cette opération par voie périnéale que dans les opérations par voie abdominale, cette section des ligaments utéro-sacrés libère l'organe de façon considérable. Aussitôt après leur section celui-ci s'abaisse et vient à la portée du chirurgien. Il reste alors à dégager les annexes ou mieux à extirper successivement celle de gauche et celle de droite.

Après section et ligature des ligaments ronds et du pédicule utéro-ovarien la béance est large, et pour qui a pratiqué cette intervention, l'ablation des annexes est en

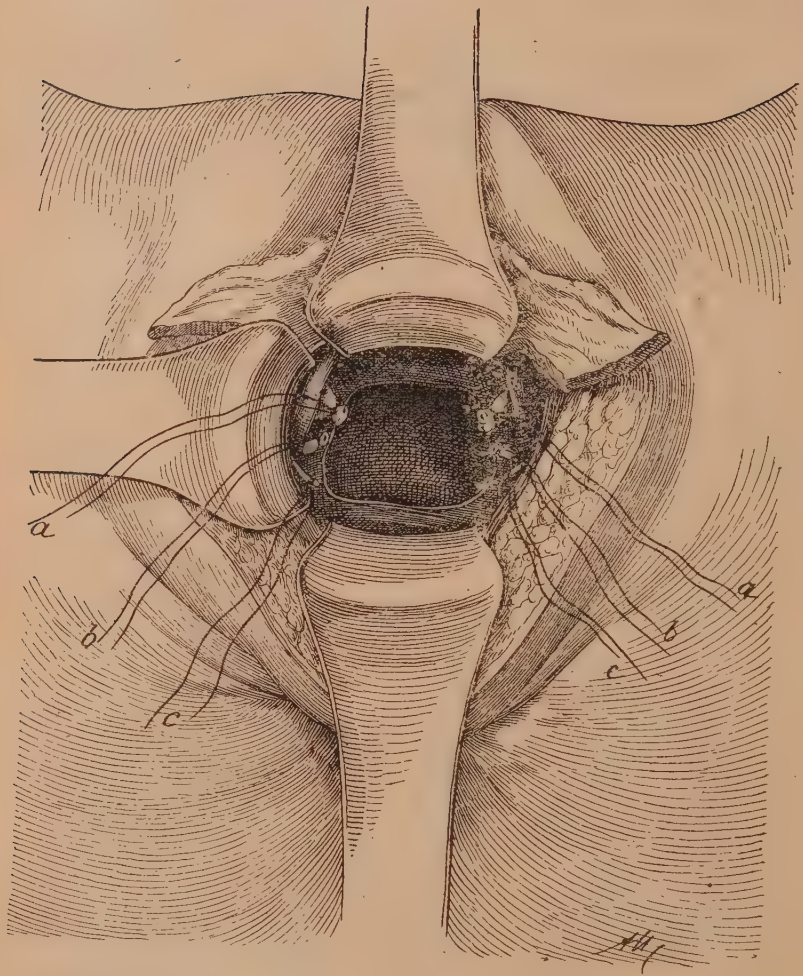

Fig. 11. — *Dessin pris d'après une de nos préparations pour montrer les rapports de l'uretère avec les différents pédicules vasculaires et annexiels.*

a, pédicule annexiel ; *b*, artère utérine ; *c*, artère vaginale, *u*, uretère

effet relativement aisée (fig. 10). Dans certains cas, il y a adhérence des annexes et il est très difficile, impossible même de les descendre. M. le Professeur Cunéo, place alors une pince au ras des cornes utérines, fait une section et se débarrasse de l'utérus d'abord. Dans un deuxième temps, il enlève les annexes de chaque côté. Dans certains cas de femmes très grosses à cavité pelvienne petite et étroite, les annexes étant très hypertrophiées et très adhérentes, on peut sans inconvénient les laisser en place.

Il ne reste plus alors qu'à combler cette cavité, ce qui se fait très aisément. La réparation péritonéale consistant après la toilette des anses intestinales en une rangée de points séparés au catgut (fig. 12).

On tamponne ensuite la cavité vaginale. Pour éviter que celle-ci communique avec le vaste décollement recto-vaginal créé au début de l'intervention, il est plus sûr et d'ailleurs plus logique de reconstituer la paroi postérieure de ce qui reste du vagin par quelques points de suture et de tamponner séparément le vagin reconstitué et le décollement vagino-rectal.

On referme ensuite l'incision cutanée par quelques points séparés au coin de Feorence, en ayant toutefois le soin de ménager la place nécessaire au passage des mèches ou des drains.

Pour assurer l'écoulement des urines on peut avoir recours aux cathétérismes répétés, mais une sonde de Pezzer à demeure dans la vessie est préférable dans la plupart des cas.

En terminant, nous tenons à rappeler les remarques de

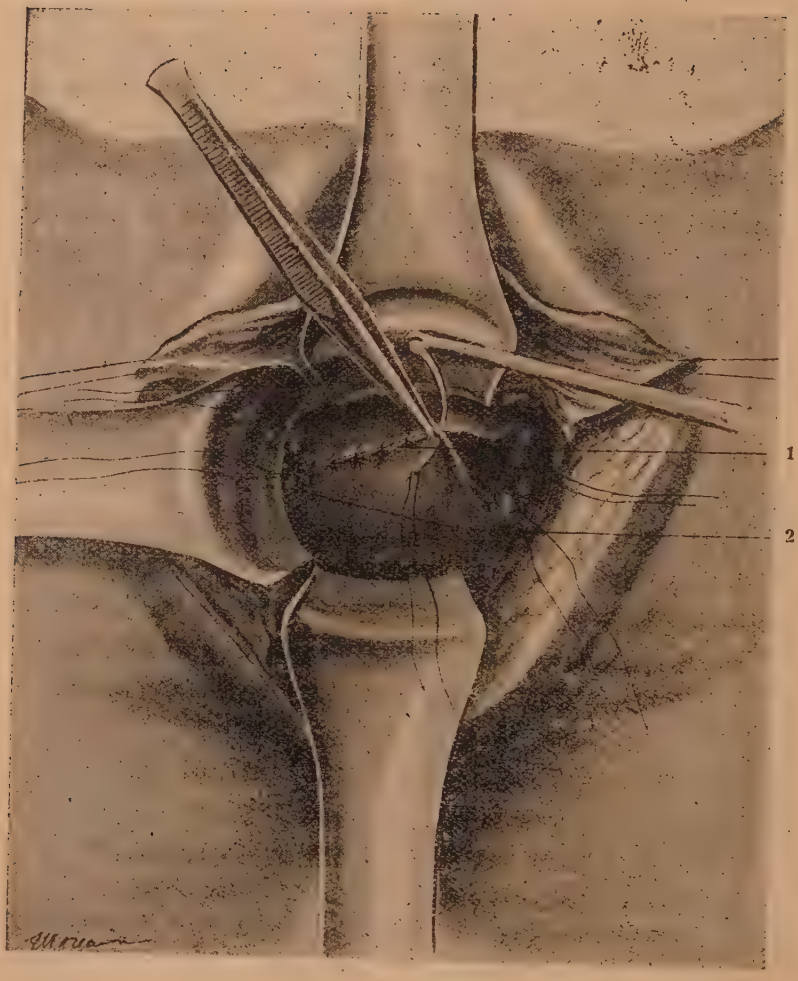

Fig. 12. — *Suture du péritoine* (Cunéo et Picot). — 1, pédicule utérin ; — 2, pédicule vaginal

notre maître M. le Professeur Cunéo, à savoir que les différents temps de cette technique, dont nous venons de donner le résumé, peuvent présenter quelques variantes. Celles-ci proviennent des accidents survenus au cours de l'intervention et doivent résulter de l'esprit d'à-propos et de l'initiative du chirurgien.

Suites et Traitements post-opératoires

1. Soins immédiats et généraux

Dans toutes les observations que nous avons pu prendre les suites opératoires ont présenté la plus grande simplicité.

Le schock opératoire est toujours minime, souvent presque nul.

Etant donné qu'on a pour la plupart du temps à faire à des femmes obèses d'un certain âge et affaiblies par des hémorragies répétées, il faut avoir soin de soutenir le cœur en prescrivant :

1° Dix gouttes de digitaline par jour et pendant une période de quatre jours ;

2° De l'huile camphrée à dose assez élevée ;

3° Injection de sérum physiologique ou glucosé, en particulier dans le cas d'affaiblissement du pouls, en injection sous cutanée de préférence, les injections intra-rectales étant rendues difficiles par le voisinage de la plaie.

Ces injections de sérum sont d'autant plus indispensa-

bles que la large plaie opératoire occasionne une lymphorrée abondante qui déshydrate la malade.

2. Soins immédiats et locaux

1° Du côté de la vessie pour assurer l'écoulement des urines on laisse une sonde de Pezzer à demeure, ou bien on a recours à des cathétérismes répétés.

Dans le cas de sonde à demeure, il faut éviter la cystite par l'emploi d'urotropine ; par lavages de la vessie avec une solution au nitrate d'argent à 1 pour 10.000 ; et par les instillations d'huile goménolée, 10 cm^3 tous les jours, que l'on laisse dans la vessie.

2° La plaie opératoire évolue vers la cicatrisation comme une plaie normale. Les premiers jours, il ne faut pas toucher aux mèches, parce qu'on court le risque d'ouvrir des petits vaisseaux ; la plaie peut saigner, et cette manœuvre peut favoriser l'infection ou la résorption. Par contre dès le premier jour, le soir de l'opération même, puis tous les jours, il faut avoir soin de changer les compresses superficielles.

Le tamponnement initial sera laissé en place pendant quatre jours. Les tamponnements ultérieurs seront changés tous les jours.

3° Il est indiqué de procurer au sujet une constipation absolue durant 5 à 6 jours.

3. Suites post-opératoires

Au bout de 4 jours on retire les mèches avec douceur. A ce moment la plaie a souvent un aspect grisâtre avec

quelques points de sphacèle surtout au niveau du tissu cellulaire. On fait un grand lavage de la plaie avec deux litres d'eau stérilisée iodée. Il faut avoir soin de nettoyer les diverticules supérieurs fréquents lorsqu'on a retiré les mèches et que l'on doit bien entendu, désinfecter avec soin. On remet en place de nouvelles mèches au vioforme ou à l'ectogan. Les mèches doivent être placées profondément en se faisant donner le jour par un aide tenant deux valves, l'une supérieure, l'autre inférieure. On renouvelle alors les pansements tous les jours de la même façon, comme on le fait pour une fistule en laissant progressivement le fond s'accoler et en maintenant la brêche cutanée largement ouverte. Quelquefois un petit diverticule inaperçu se forme et une petite suppuration s'y collecte. Il faut alors mettre en place un petit drain pendant quelques jours.

Le 8e ou le 9e jour la malade sera purgée.

Dans des conditions normales la fermeture de la plaie opératoire demande en moyenne 4 à 5 semaines. Au bout de ce temps il subsite une petite dépression ombiliquée entre l'anus et la vulve et en général une cicatrice souple, presque linéaire et transversale.

La castration de la malade impose l'opothérapie comme traitement dans les suites éloignées, qui n'a d'ailleurs rien de spécial dans l'hystérectomie périnéale.

En ce qui concerne le prolapsus recto-vésical en pratique on ne l'observe presque jamais, car la cicatrice faisant un bouchon ferme parfaitement le périnée et constitue un véritable noyau fibreux central très résistant

Du côté de la vessie on observe quelquefois quelques petits troubles de dysiurie ou de cystalgie dont on vient très facilement à bout par quelques instillations, ou par l'usage de diurétiques

Résultats

1) Résultats immédiats.

« La mortalité de l'hystérectomie périnale peut être considérée comme très faible si l'on a soin de n'opérer que les cas dans lesquels l'infiltration néoplasique est relativement limitée » (Cunéo et Picot). En effet sur les 46 cas étudiés nous avons deux cas de mortalité opératoire, soit un pourcentage global de 4 ½ o/o. D'après les statistiques les plus récentes de M. le Professeur J.-L. Faure (1), la mortalité opératoire dans l'hystérectomie abdominale s'élève à 10 o/o. Nous tenons à faire remarquer que dans le chiffre global de 10 o/o de M. le Professeur Faure sont compris des cas bons et mauvais, tandis que le chiffre global de 4 ½ o/o de l'hystérectomie périnéale correspond à des cas plutôt défavorables. Il est donc certain que la mortalité opératoire de l'hystérectomie périnéale est indiscutablement moins grave que celle de l'hystérectomie abdominale élargie, pratiquée au vrai sens du mot, suivant la technique dite de Wertheim.

(1) *Presse Médicale*, 23 mai 1923.

2) Résultats éloignés.

Nous avons réuni 46 observations de l'hystérectomie périnéale dont :

pour cancer du col utérin	32 cas
pour cancer du corps utérin	8 cas
pour fibromes	4 cas
pour cancer au rectum	2 cas
Total	46 cas

Sur le nombre global des observations que nous rapportons, nous trouvons :

A) Mortalité opératoire ..... 2 cas

B) Sur les 44 cas restant nous notons :

morts	6 cas
non retrouvées	14 cas
vivantes	26 cas

Causes de la mortalité :

infection	1 cas
récidive	2 cas
métastase	2 cas
autres causes	1 cas

C) Durée de la survie :

1° Pour les cas décédés :

au-dessous d'un an	4 cas
ayant dépassé un an	2 cas

2° Pour les 38 cas restant nous trouvons actuellement en vie :

opérées depuis moins de 1 an	.....	8 cas
opérées depuis un an	.....	9 cas
» » deux ans	.....	5 cas
» » trois ans	.....	2 cas
» » onze ans	.....	2 cas
Total	.....	26 cas

Les survies telles qu'elles ont été observées sont très encourageantes et doivent pousser à persister dans cette voie. Elle nous sont un preuve indiscutable de la supériorité de la voie périnéale sur la voie haute dans ces cas spéciaux, que nous avons déjà signalés au début.

Nous tenons à faire remarquer, en terminant, qu'il nous a été malheureusement très difficile de retrouver des malades anciennement opérées, quelques-unes remontant à cinq ans avant la guerre et que nous ne pouvons fournir à ce sujet des renseignements précis, qui auraient été pourtant, comme on le conçoit, d'un très grand intérêt.

Observations

Toutes nos observations sont inédites et dues à l'obligeance de MM. les Professeurs Cunéo et Danis et M. le Docteur Picot, chirurgien des hôpitaux de Paris.

OBSERVATION I

Mme B..., opérée par M. le Professeur Cunéo le 8 juin 1912. Hystérectomie totale par la voie périnéale pour épithélioma du corps de l'utérus.

Incision transversale biischiatique. Décollement vagino-rectal. Ouverture du Douglas. Incision circulaire du vagin. Décollement vésico-utérin et ouverture du cul-de-sac vésico-utérin. Le corps de l'utérus est très volumineux et friable et ne peut être amené dans la plaie qu'après avoir amorcé une hémisection antérieure. Section des deux ligaments larges, en dedans des annexes. Ligature et section des artères utérines. Extirpation des annexes. La base des ligaments larges est saine, mais les deux pédicules utéro-ovariens sont envahis. Ligature de ceux-ci en dedans des annexes. Suture du péritoine. Tamponnement par trois mèches (une mèche simple, deux à l'estogan).

La malade est revue (1923). Guérison complète. Aucune trace de récidive.

OBSERVATION II

Mme D..., opérée le 20 octobre 1920, par M. le Professeur Cunéo. Hystérectomie périnéale pour fibrome utérin à coolution vaginale.

Incision biischiatique en arrière de la fourchette. Section du vagin sur la ligne médiane postérieure. Section circulaire du vagin autour du col. Ligature des utérines, du ligament rond et des pédicules utéro-ovariens. Pas d'incidents. Suture de la section vaginale postérieure. Tamponnement de l'incision périnéale.

La malade a été revue (1923). Guérison complète. Aucune trace de récidive.

OBSERVATION III

Mme G..., opérée le 27 mars 1920 par M. le Professeur Cunéo. Hystérectomie périnéale pour épithélioma du corps de l'utérus.

Application secondaire de radium.

Revue (1923). Résultat satisfaisant.

OBSERVATION IV

Mme X..., opérée en avril 1921 par M. le Professeur Cunéo. Hystérectomie périnéale pour fibrome et annexite ; col utérin suspect.

Intervention suivant la technique habituelle. L'opération est rendue difficile par une vascularisation extrême de toute la région et par l'absence de plan de clivage net entre la vessie et le canal utéro-vaginal.

Tamponnement du décollement recto-vagino-utérin par deux mèches.

Revue (1923). Guérison complète. Résultat très satisfaisant. Aucune trace de récidive.

OBSERVATION V

Mme D..., opérée en avril 1921, par M. le Dr Rouffart, de Bruxelles, pour annexite, métrite du col et kyste juxta-cervical. Hystérectomie sub-totale.

Incision périnéale biischiatique. Décollement du rectum et de la paroi postérieure du vagin jusqu'au Douglas. Section de la paroi postérieure du vagin sur la ligne médiane postérieure. Ligature des deux utérines. Le col est attiré dans le vagin. Au-dessus et un peu à gauche de lui se trouve une masse arrondie. La ponction montre qu'il s'agit d'un kyste. Ce kyste est facilement isolé dans son segment supérieur, mais sa partie supérieure adhère fortement aux parties voisines et il faut le morceler pour l'enlever. L'ablation est à peu près totale. Quelques débris de la paroi sont cautérisés au chlorure de zinc. Suture du fond du vagin et de la paroi postérieure. Reconstitution de la fourchette par deux plans de suture profonde et quelques points cutanés médians.

Tamponnement du décollement recto-vaginal, par deux mèches sortant par les extrémités latérales de l'incision périnéale.

Revue (1923). Guérison complète. Résultat très satisfaisant. Aucune trace de récidive.

OBSERVATION VI

Mme L..., opérée le 6 décembre 1922 pour hémato salpinx et fibrome. Hystérectomie périnéale (M. le Professeur Cunéo). L'opération permet de constater l'existence d'un véritable hématosalpinx, dont il est difficile d'expliquer la pathogénie,

mais paraissant cependant résulter d'hémorragies s'étant faites dans la cavité d'un hydrosalpinx préexistant.

Il existait de plus de petits fibromes dans la paroi antérieure, l'un d'eux faisant saillie dans la cavité utérine.

Revue (1923). Guérison complète.

OBSERVATION VII

Mme L..., 30 ans. Opérée le 11 octobre 1909, par M. le Professeur Cunéo, pour cancer du col de l'utérus. Pas de curettage préopératoire. Anesthésie au chloroforme. Hystérectomie par la voie vagino-abdominale.

1° Temps vaginal : Incision iischiatique. Décollement jusqu'au cul de sac de Douglas. Décollement latéral du vagin. Séparation avec les releveurs de l'anus. Ouverture du vagin et décollement vagino-vésical après fermeture du vagin par un surjet. Au cours du décollement vésico-vaginal le vagin est ouvert. Tamponnement.

2° Temps abdominal : Ligature des pédicules utéro-ovariens et des ligaments ronds. Isolement de l'uretère. Ligature des utérines. Ablation des gros ganglions iliaques externes, adhérents à la veine iliaque externe droite. Péritonisation sigmoïdo-vésicale. Pas de drainage abdominal. Tamponnement vaginal.

Décédée 5 jours après de septicémie. Pas de signes de péritonite.

OBSERVATION VIII

Mme D..., 35 ans. Opérée le 22 mai 1912, par M. le Professeur Cunéo. Ether. Hystérectomie périnéale pour néoplasme du col utérin.

1° Incision iischiatique. Décollement de la paroi postérieure du vagin. Résection du vagin. Fermeture au catgut de la tranche utérine.

2° Décollement antérieur du tissu. Une valve applique la vessie contre le pubis. Ouverture du cul de sac vésico-utérin. Abaissement de l'utérus (difficile à gauche). On est obligé de sectionner à droite quelques fibres du releveur.

3° Pinces sur pédicules : Section et ligature.

Le cul de sac péritonéal est fermé. Vagin, utérus et trompes ont été enlevés. Deux drains, deux mèches.

Sortie guérie le 12 juillet 1912.

La malade n'a pas été suivie. Adresse inconnue.

OBSERVATION IX

Mme V..., 48 ans, opérée le 16 décembre 1912, par M. le Professeur Cunéo, pour néoplasme du col de l'utérus. Ether.

1° Incision bischiatique. On décolle la paroi recto-vaginale jusqu'au Douglas. On met trois compresses dans les culs de sac latéraux et postérieur.

2° Laparotomie médiane sous-ombilicale. Hystérectomie abdominale. Evidement pelvien. Tamponnement.

Pas de drainage vaginal. Fait un abcès de la paroi assez important. Drainage.

Sort guérie. La malade n'est pas revue depuis. Adresse inconnue.

OBSERVATION X

Mme L..., 45 ans. Opérée le 24 janvier 1913, par M. le Professeur Cunéo, pour cancer du col de l'utérus et du vagin. Ether. Hystérectomie périnéale rendue très difficile par les adhérences au vagin et à la vessie, et surtout aux uretères. Une partie de la vessie est enlevée et le reste suturé. Fermeture du péritoine. Tamponnement de la plaie opératoire à la gaze iodoformée. Sonde de Pezzer à demeure.

Sortie guérie le 16 mars 1913.

La malade n'est pas suivie. Adresse inconnue.

OBSERVATION XI

Mme H..., 54 ans, opérée le 18 mars 1913 pour cancer de l'utérus. Anesthésie à l'éther. Hystérectomie périnéale rendue difficile par suite des adhérences au bas fond vésical. La vessie déchirée est suturée par quelques points séparés. Le Douglas est fermé par trois points. Mèches iodoformées.

Sortie guérie le 9 juin 1913.

La malade n'est pas revue. Adresse inconnue.

OBSERVATION XII

Mme B..., 38 ans. Opérée le 23 avril 1913, par M. le Professeur Cunéo. Anesthésie à l'éther. Hystérectomie périnéale pour néoplasme du col utérin. Incision iliischiatique. Décollement de la cloison recto-vaginale poussée très haut et relativement facile. Le décollement de la vessie est rendu très difficile. On est obligé d'enlever la paroi vésicale en grande partie. Extirpation de l'utérus rendue très difficile par suite de la présence d'un énorme fibrome. L'état de la malade étant alarmant on enlève le fibrome par morcellements. Pinces sur les pédicules utérins. Tamponnement.

Décédée le 23 avril au bout de deux heures.

OBSERVATION XIII

Mme B..., 40 ans, opérée le 24 avril 1913, par M. le Professeur Cunéo, pour cancer de l'utérus. Anesthésie à l'éther.

1° Temps périnéal : incision iliischiatique. Décollement de la cloison recto-vaginale. Comme le néoplasme siège surtout sur le haut de la paroi postérieure du vagin il existe à ce niveau une assez forte adhérence avec la face antérieure du rectum. Séparation. Section du vagin sur le côté. On décolle le

vagin en avant et sur les côtés poursuivant le décollement le plus haut possible. On ferme la cavité vaginale bourrée de mèchées iodées avec des pinces à traction.

2° Temps abdominal : Laparotomie médiane sous-ombilicale. Hystérectomie totale. Ligature haute de l'utérine à gauche, à droite ligature du tronc hypogastrique. Deux ligatures sur les lames sacro-recto-génito-pubiennes. Péritonisation au catgut. Suture de la paroi en trois plans.

Pansement vaginal iodoformé.

Sortie guérie le 2 juillet 1913.

Impossible à revoir la malade. Adresse inconnue.

OBSERVATION XIV

Mme P..., 56 ans, opérée le 21 mai 1913, par M. le Professeur Cunéo, pour néoplasme du col utérin. Anesthésie à l'éther. Incision iliischiatique. Décollement de la cloison recto-vaginale aussi haut que possible. Section du muscle recto-vaginal, et des ligaments utéro-sacrés. Décollement du vagin. Section et ligature du pédicule vaginal. Incision transversale du vagin. Décollement des lames sacro-recto-vaginales. Sur le côté droit adhérence du néoplasme. Ligature du pédicule utérin.

Sort guérie le 25 juin 1913.

OBSERVATION XV

Mme M..., 49 ans, opérée le 24 novembre 1913, par M. le Professeur Cunéo. Hystérectomie périnéale pour cancer du col de l'utérus. Incision transversale iliischiatique. Décollement recto-vaginal avec ligature des artères superficielles et bulbaires. Décollement de la face latérale du vagin en dedans des lames sacro-recto-génitales.

Incision verticale de la face postérieure du vagin. Incision circulaire du vagin dans sa partie inférieure. Fermeture de la partie inférieure du vagin avec trois pinces. Abaissement du vagin et dissection d'avant en arrière des deux uretères qui sont appliquées par un écarteur contre la paroi pelvienne latérale. Ligature des artères, des pédicules vaginaux et utérins en dedans de l'uretère, qui permettent un abaissement considérable de l'utérus. On incise le péritoine postérieur. On attire le corps de l'utérus et on termine par la section des trompes et des ligaments ronds au ras de l'utérus. Péritonisation au catgut. Tamponnement.

Décédée deux heures après l'opération.

OBSERVATION XVI

Mme T..., 55 ans, opérée le 22 mai 1914, par M. le Professeur Cunéo, pour néoplasme du col et du corps de l'utérus. Anesthésie avec chloroforme. Hystérectomie périnéale pour néoplasme du col et du corps de l'utérus. Incision de la peau entre le rectum et la vulve. Décollement recto-vaginal.

Sort guérie le 26 juin 1914.

Impossible à revoir la malade. Adressé inconnue.

OBSERVATION XVII

Mme T..., 37 ans, opérée le 6 juillet 1914, par M. le Professeur Cunéo, pour cancer du col utérin. Anesthésie à l'éther. Incision iliischiatique. Décollement vagino-rectal, au cours duquel on incise le bulbe. Hémostase. On isole la gaine du releveur et on rejette en dehors tout ce qui appartient au muscle. Les formations aponévrotiques sont alors coupées et on continue le décollement jusqu'au cul de sac de Douglas. On incise ensuite le vagin. Décol-

lement vésico-vaginal. Isolement des artères vaginales et utérines que l'on ligature loin de l'utérus. On ouvre alors le cul de sac péritonéal vésico-utérin et on enlève l'utérus. Ligature des ligaments ronds et des pédicules utéro-ovariens. Suture du péritoine par plusieurs points séparés. Tamponnement à la gaze iodoformée.

Sortie guérie le 3 août 1914.

OBSERVATION XVIII

Mme V..., 34 ans. Examen histologique : Carcinome. Opérée le 15 mars 1921 (Docteur Danis). Colpo-hystérectomie périnéale par le procédé de MM. Cunéo et Picot. Tamponnement à la gaze iodoformée. Incision périnéale transversale d'un ischion à l'autre. Décollement de la paroi postérieure du vagin. Incision longitudinale de 6 cm. de la paroi vaginale postérieure. Incision circulaire du vagin à 6 cm. de la vulve. Dissection du manchon vaginal au-dessus de l'incision circulaire. Fermeture du manchon par points séparés après inclusion d'un tampon iodé. Décollement de la vessie, du vagin. Ligature utérine en dehors de la crosse. Ligature de l'artère vaginale. Section des ligaments ronds et larges au ras de l'utérus. Incision du Douglas par la face abdominale après la luxation du corps utérin. Péritonisation. Matelassage de la fosse ischio-rectale au catgut. Suture de l'incision périnéale et vaginale. Tamponnement iodoformé.

Sort guérie le 21 avril 1921.

OBSERVATION XIX

Mme L..., 42 ans. La malade entre pour douleurs abdominales et rénales. Elle a commencé à souffrir au mois de février. Le mois dernier ces douleurs se sont accompagnées de pertes rou-

ges assez abondantes. Elle a toujours eu des pertes blanches plus abondantes maintenant. La malade étant mal réglée ne peut dire si ses pertes survenaient après un retard. Fausses couches passées inaperçues. N'a jamais eu d'enfants. Etat général assez bien conservé. La malade a maigri depuis qu'elle a commencé à souffrir. Pas de troubles intestinaux. Pas de troubles urinaires. Traces sensibles d'albumine. Sucre o.

Opérée le 12 mai 1921 (M. le Professeur Cunéo). Rachianesthésie. Hystérectomie périnéale pour néoplasme utérin. Incision iliischiatique. Adhérences très limitées à la vessie, légèrement déchirée au cours du décollement. Dissection du paramètre. Hystérectomie par bascule. Suture du Douglas. Réfection de la vessie en trois plans superposés dont le plan superficiel est constitué par la muqueuse vaginale restante.

Décédée chez elle, en juin 1921.

OBSERVATION XX

Mme S..., 52 ans, entrée à l'hôpital le 20 juin 1921.

Biopsie : Epithélioma utérin.

Opérée le 1er août 1921 (Docteurs Hushn-Spehl).

Hystérectomie périnéale par le procédé de M. le Professeur Cunéo pour néoplasme du col utérin. Mise en place d'une mèche vaginale ; une autre mèche dans le décollement recto-vaginal. Sonde de Pezzer à demeure.

Sortie guérie le 1er septembre 1921.

OBSERVATION XXI

Mme C..., 38 ans. Entrée à l'hôpital le 29 juillet 1921. Opérée le 3 août 1921 (Docteurs Spehl-Loicq). Hystérectomie périnéale par le procédé du Professeur Cunéo pour néoplasme cervical. Drainage deux mèches périnéales ; une petite mèche vaginale.

Sort guérie le 7 septembre 1921.

OBSERVATION XXII

Mme S..., 45 ans. Biopsie : carcinome du col utérin (type encéphaloïde). Opérée le 5 août 1921 (Docteur Loicq). Hystérectomie périnéale par le procédé de M. le Professeur Cunéo pour cancer du col utérin.

Le 4 septembre 1921, sort guérie.

Le 8 décembre 1921, la malade réexaminée va parfaitement bien. Au toucher cicatrice vaginale souple, indolore, sans aucune induration.

Le 23 décembre 1921, en traitement pour tabès.

Le 30 décembre 1922, cicatrice en bon état. Pas de récidive.

Le 6 mars 1923, cicatrice vaginale souple. Pas de récidive.

OBSERVATION XXIII

Mme S..., 30 ans. Biopsie : Adénocarcinome du col utérin. Opérée le 16 août 1921 (Docteur Danis). Hystérectomie périnéale par le procédé de M. le Professeur Cunéo. Pas de péritonisation. Drainage. Mèches de gaze neutre dans l'espace recto-vaginal. Au cours du décollement recto-vaginal déchirure du rectum suturé immédiatement.

Le 16 août 1921, à 7 heures du soir, section des points de suture du vagin. On constate une hémorragie en nappe provenant de la face postérieure de la vessie et de la région du ligament inférieur pelvien droit ; le sang n'est pas coagulé. Ligatures sont placées sur les endroits qui saignent. Tamponnement de la région pelvienne inférieure droite.

Opérée le 23 septembre 1921 (MM. Danis-Loicq). Enfouissement du rectum par surjet. Réfection de la paroi postérieure du vagin par surjet.

Sort guérie le 20 octobre 1921.

OBSERVATION XXIV

Mme M..., 58 ans. Entrée à l'hôpital le 17 novembre 1921. Biopsie : carcinome du col utérin.

Opérée le 23 novembre 1921 (M. le Professeur Danis de Bruxelles). Hystérectomie périnéale par le procédé de M. le Professeur Cunéo. Tamponnement intra-vaginal à la gaze neutre. Cinq points de Lambotte. Sonde de Pezzer à demeure.

Revue le 15 janvier 1922. La malade ne ressent aucune douleur, ne perd pas de selles par le vagin. La suture cutanée adhérente au rectum ne donne pas l'impression de soudure vaginale. Le toucher ramène un peu de sang. A revoir dans un mois.

Revue le 15 février 1922. Etat général bon. Au toucher même sensation de brides fibreuses reliant la cicatrice du fond vaginal au rectum. Ne perd pas de sang.

Décédée chez elle le 29 juin 1922.

OBSERVATION XXV

Mme J..., 39 ans. Opérée le 17 décembre 1921 (Docteurs Wulfant-Loicq). Hystérectomie périnéale par le procédé de M. le Professeur Cunéo, pour néoplasme cervical. Sonde de Pezzer à demeure. Drain et mèches vaginales.

Le 14 janvier 1922. A quelques centimètres de la bride chirurgicale il existe une fistule stercorale.

Le 16 janvier 1922, fermeture de la fistule stercorale.

Le 23 janvier 1922. La malade sort porteuse d'une fistule recto-vaginale.

Réopérée le 13 novembre pour récidive.

Le 23 novembre 1922, cicatrice souple.

OBSERVATION XXVI

Mme T..., 50 ans. Entrée à l'hôpital le 19 décembre 1921, pour une tumeur que la malade a constatée dans le vagin. Opérée le 21 décembre 1921 (Docteur Picot). Rachianesthésie. Hystérectomie périnéale pour utérus scléreux atrophié, présentant des nodules fibromateux. L'utérus et le vagin sont entourés d'un tissu scléreux, qui rend la dissection du vagin difficile. On referme le vagin. Mèches dans la plaie périnéale. Sonde de Pezzer à demeure.

Sort guérie le 15 janvier 1922.

Revue le 30 mai 1923, la malade va parfaitement bien. Cicatrices abdominale et périnéale souples et en très bon état. Aucun trouble urinaire. Pas de récidive. Etat général satisfaisant.

OBSERVATION XXVII

Mme A..., 69 ans. Biopsie : carcinome nodulaire du col utérin.

Opérée le 20 mars 1922 (Docteurs Danis-Loicq). Colpo-hystérectomie vaginale par le procédé de M. le Professeur Cunéo. Péritonisation. Mise en place de deux drains et d'une mèche de gaze iodoformée. Suture en crin de Florence. Pansement au collargol. Sonde de Pezzer.

Revue le 24 avril 1922, état général bon.

Revue le 23 novembre 1922, état général bon. Pas de traces de récidives ni de métastases.

OBSERVATION XXVIII

Mme D..., 65 ans. Diagnostic : néoplasme utérin. Opérée le 20 mars 1922 (Docteur Harhausen). Le premier temps se passe comme dans le procédé de M. le Professeur Cunéo. Au deuxiè-

me temps, on constate des adhérences très continues de la vessie avec la paroi antérieure du vagin. Latéralement prise des paramètres ne permettant pas de reconnaître les vaisseaux. Extirpation de l'utérus fait constater sur ces annexes des métastases. Section du ligament large avec ligature des utérines. La section du ligament utéro-sacré le plus près possible du rectum. Fermeture du péritoine, mais avec mèches de drainage par le vagin reconstitué. Rapprochement des lèvres cutanées aux crins après drainage de la double cavité ischio-rectale. Le rectum est prolongé par un drain en caoutchouc et par de la gaze sortant au milieu de la plaie. Au cours de l'intervention le champ opératoire fut souillé par des matières fécales diarrhéiques sortant continuellement par l'anus.

Décédée le 1er avril 1922.

OBSERVATION XXIX

Mme V..., 35 ans. Entre à l'hôpital le 20 mars 1922 pour douleurs dans le bas-ventre. Rien à signaler dans les antécédents. Souffre depuis 15 ans (1907), époque à laquelle la malade a eu un enfant accouché difficilement. Quatre ans après, en 1911, curettage qui soulage la malade jusqu'à 1917. A cette époque 33 cautérisations ne soulageant pas la malade. Depuis ce temps la malade souffre d'une façon intermittente. Depuis un mois la douleur est continue. Réglée à 14 ans, tous les mois, 4 à 5 jours par mois. Dysménorrhée depuis l'accouchement. Pas de fausses couches. Depuis l'accouchement les pertes sont apparues irrégulières, rosées, jaunâtres, blanches, variables. Depuis les cautérisations de 1914 les règles durent deux ou trois jours de plus (8 jours en tout). Elles sont de plus en plus douloureuses.

Actuellement (mars 1922), la douleur occupe tout le ventre ; elle est incessante.

Examen : Toucher : col irrégulier, déchiqueté, lèvre anté-

rieure saillante, mais de consistance normale ; lèvre postérieure indurée légèrement bombée. Mobilité parfaite du col. Souplesse des culs de sac conservée.

Spéculum : muqueuse du col violacée et amincie, semblant par endroits prêt à s'ulcérer.

Dosage de l'urée dans le sang : 0 gr. 45 au litre, fait le 26 mars 1922.

Opération : le 29 mars 1922 (M. le Professeur Cunéo). Rachianesthésie. Hystérectomie périnéale pour néoplasme du col utérin par le procédé de M. le Professeur Cunéo.

Incision transversale. Clivage recto-vaginal poussé très haut. En avant clivage vésico-vaginal qui éloigne les uretères. On fend le vagin sur la paroi postérieure et on découpe deux lames latérales. Ouverture du cul de sac péritonéal antérieur. Abaissement de l'utérus. Ligature des pédicules avec deux pinces de chaque côté. Ablation des annexes à droite. On les abandonne à gauche, car ils sont très adhérents. Hémostase des tranches vaginales, qui saignent beaucoup. Mèches pour bourrer la cavité. On a par quelques points reconstitué partiellement le fond du vagin.

Sort guérie le 1er juin 1922.

Réexaminée le 29 mai 1923. Au toucher la cicatrice vaginaple souple, indolore, sans aucune induration. Culs de sac vaginaux libres. Pas de troubles urinaires. Aucune trace de récidive. Etat général excellent.

OBSERVATION XXX

V. S..., 38 ans. Biopsie : Epithélioma utérin.

Opérée le 15 mai 1922 (Docteurs Danis et Loicq). Hystérectomie périnéale par le procédé de M. le Professeur Cunéo. Le péritoine n'est pas suturé par son ouverture. Placement d'une mèche de gaze iodoformée, comme drainage et crins de Florence à la peau. Sonde de Pezzer à demeure. Pansement au collargol.

Le 15 juin 1922, cicatrisation parfaite.

Réexaminée le 24 janvier 1923, cicatrisation parfaite. Pas de trace de récidive. Se plaint de douleurs lombaires et dans les jambes cependant.

OBSERVATION XXXI

Mme P..., 64 ans. Biopsie. Epithélioma (carcinome perlé) du col utérin. Opérée le 28 juin 1922 (Docteurs Wulffaut-Speh!). Hystérectomie périnéale du col utérin. Incision transversale biischiatique par le procédé de M. le Professeur Cunéo. Le vagin est décollé jusqu'au Douglas en arrière et séparé de la vessie en avant. On se rend compte que les paramètres sont légèrement enrobés et on décide de pratiquer un Wertheim Laparotomoie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture de l'abdomen on constate que tout le petit bassin est enrobé par la néoplasie et que le colon descendant et l'iléon sont fortement adhérents au paramètre gauche. En présence de ces lésions, on s'abstient. Le ventre est refermé par points de Lambotte. Le péritoine est refermé et drainé. A la sortie tout le fond du vagin est entrepris et saignant.

Décédée chez elle le 22 septembre 1922.

OBSERVATION XXXII

Mme R..., 39 ans. Biopsie : épithélioma pavimenteux du col utérin.

Opérée le 17 juillet 1922 (Docteur Loicq). Hystérectomie périnéale par le procédé de M. le Professeur Cunéo. Drain et mèches dans l'espace du décollement vaginal. Crins à la peau. Sonde de Pezzer à demeure dans la vessie. Pansement au collargol.

Sort guérie le 10 août 1922. Au toucher le vagin a une profondeur de 4 centimètres. La cicatrice périnéale n'est pas tout à fait cicatrisée. La malade se soignera chez elle. Elle se présentera à la consultation. Sortie.

Le 23 novembre 1922, cicatrice périnéale souple, indolore, paramètres libres. Pas de récidive vaginale.

Le 30 novembre 1922, légère induration du fond de la cicatrice. Etat général excellent.

OBSERVATION XXXIII

Mme C..., 63 ans. Diagnostic : Carcinome utérin. Opérée le 9 août 1922 (Docteurs Spehl-Camps). Opération par le procédé de M. le Professeur Cunéo. Au cours de l'intervention on constate l'envahissement du bas-fond vésical et des paramètres surtout à gauche. Devant l'étendue des lésions (la tumeur se morcelant au fur et à mesure que l'on essaie de la dégager), on interrompt l'opération. Vagin resuturé. Tamponnement de l'espace recto-vaginal à la gaze iodoformée. Petit drain. Sonde de Pezzer à demeure dans la vessie. Pansement au collargol.

Le 23 novembre 1922, cicatrice assez souple non adhérente. Pas d'épaississement des paramètres et pas de récidive vaginale. Vagin très petit et court.

OBSERVATION XXXIV

Mme H..., 46 ans. Ménopause à l'âge de 39 ans (1916). Depuis deux mois, pertes abondantes roussâtres et fétides. Aucune douleur. La malade a beaucoup maigri. Au toucher vaginal la paroi postérieure est indurée, cartonnée en plaques plus ou moins diffuses, un peu bourgeonnantes à l'entrée et saignant à l'introduction du spéculum. Pas d'adénopathie inguinale. On porte le diagnostic de l'épithélioma du vagin consécutif à la

leucoplasie vaginale. La malade est spécifique avérée depuis l'âge de 26 ans; insuffisamment traitée. Elle est de plus diabétique, quoique à l'heure actuelle on ne trouve que de légères traces de sucre. La malade présente en plus une azotémie marquée. Urée dans le sang, 0 gr. 56. Sénilité précoce. Gengivite expulsive. Urines : pas d'albumine. Mauvais état général. Malgré le mauvais état général, hystérectomie périnéale pour néoplasme très infiltré du vagin le 29 août 1922 (Docteur Picot). Rachianesthésie. Ablation de l'utérus et du vagin en un seul bloc. Technique habituelle de la périnéale, mais en enlevant la totalité du vagin. Malade spécifique, diabétique et azotémique.

Récidive le 10 janvier 1923. Bourgeon périnéal. Douleurs pelviennes.

Impossible à retrouver la malade, le domicile étant inconnu.

OBSERVATION XXXV

M^me^ H..., 31 ans. Biopsie : épithélioma du col utérin avec phénomènes inflammatoires.

Opérée le 4 septembre 1922 (Docteurs Danis-Wulffaut) : Fermeture du vagin ; ouverture du cul de sac vésical ; adhérences au rectum, disséqué par le haut ; enlèvement de l'utérus, avec ligature des vaginales en premier lieu ; péritonisation par points séparés en maintenant les moignons infidibulo-pelviens ; fermeture du vagin par points séparés.

Réexaminée le 23 novembre 1922. Vagin souple. Pas d'écoulement d'urine. Il persiste, dans le fond du vagin, un pertuis par lequel s'écoule un peu de liquide sanguinolent.

Le 26 décembre 1922, gaz revient par le vagin, au contact un peu de sang s'écoule.

Le 1^er^ février 1923, état général très bon. Cicatrisation. Plus de gaz qui passe, mais la malade est constipée.

OBSERVATION XXXVI

Mme L..., 58 ans. Six enfants, pas de fausses couches. Ménopause à l'âge de 44 ans. En mai 1921, pertes blanches abondantes, en même temps, issue par le vagin d'une collection de pus. Pas de douleurs. Le 2 septembre 1922, rupture d'une nouvelle poche de pus, mais en même temps quelques pertes rouges. Pas de douleurs. Entrée à l'hôpital, le 6 septembre 1922.

Opérée le 8 septembre 1922 (Docteur Picot). Rachianesthésie. Hystérectomie périnéale pour néoplasme du col utérin développé dans le corps au voisinage de l'orifice cervical. Hystérectomie périnéale par la méthode habituelle. Les deux paramètres sont largement enlevés. On commence par le côté droit et on enlève le gauche de haut en bas et d'arrière en avant. Fermeture de Douglas. Aucune suture du releveur ni de la peau.

Sort guérie le 8 octobre 1922.

Revue le 20 octobre en parfait état.

Revue le 27 mai 1923, cicatrices vaginale et périnéale souples. Les culs de sac vaginaux libres, partie fibreuse à la face postérieure du vagin. Un peu de cystocèle. Aucune douleur. Aucuns troubles urinaires. Aucune trace de récidive. Etat général excellent.

OBSERVATION XXXVII

Mme D..., 34 ans. Biopsie : carcinome du col utérin avec forte inflammation locale.

Opérée le 15 septembre 1922 (Docteur Danis). Hystérectomie périnéale par le procédé de M. le Professeur Cunéo. Sonde de Pezzer à demeure. Pansement au collargol.

Le 19 octobre 1922, la malade est guérie.

Le 23 novembre 1922, cicatrice souple non adhérente. Pas d'envahissement des paramètres.

Revue le 8 février 1923, résultat excellent. Cicatrice souple. Paramètres libres.

OBSERVATION XXXVIII

Mme D..., 51 ans. Opérée le 13 octobre 1922 (Professeur Danis). Colpo-hystérectomie périnéale pour cancer du col de l'utérus, suivant le procédé de M. le Pr. Cunéo. Sonde de Pezzer à demeure. Drainage à la gaze iodoformée. Pansement au collargol.

Sort guérie le 18 novembre 1922.

OBSERVATION XXXIX

Mme S..., 37 ans. Biopsie : épithélioma spino-cellulaire du col utérin, hypertrophié, ulcéré, bourgeonnant.

Opérée le 16 octobre 1922 (Docteurs Rarhausen-Dandois). Opération par le procédé de M. le Professeur Cunéo. Premier temps : normal et aisé ; deuxième temps impossibilité (vu l'entreprise de la base du ligament large gauche) de délimiter les branches vaginales de l'utérine et de l'utérine elle-même. Uretère invisible caché par la masse. Du côté droit l'intervention se fait normalement. Hystérectomie en deux temps, utérus d'abord, annexes ensuite. Fermeture du péritoine. Drainage de la fosse ischio-rectale par deux mèches, ressortant aux angles de l'incision cutanée. Crins au périnée.

Revue le 16 novembre 1922, en très bon état.

Le 14 décembre 1922, en très bon état.

Le 18 janvier 1923, toucher rectal permet de reconnaître que le petit bassin est envahi par une masse très douloureuse au toucher. La malade se plaint de douleurs rénales.

Décédée le 24 mars 1923.

OBSERVATION XL

Mme D..., 41 ans. Epithélioma. Diagnostic : épithélioma baso-cellulaire du col de l'utérus.

Opérée le 4 décembre 1922 (Spehl-Delaurt). Hystérectomie périnéale par le procédé du Professeur Cunéo. Au cours de la dissection vésicale on constate un envahissement néoplasique rendant la dissection impossible. Ouverture du cul de sac latéral. Bascule. Ligature des pédicules annexiels. Suture du péritoine. Myorraphie du releveur maintenu par deux points. Crins à la peau. Sonde de Pezzer à demeure dans la vessie. Pansement au collargol.

Revue le 22 février 1923, la malade se porte parfaitement bien. Pas de récidive.

OBSERVATION XLI

Mme D. B..., 44 ans. Diagnostic : épithélioma perlé du col de l'utérus.

Opérée le 11 décembre 1922 (Docteurs Danis-Spehl). Hystérectomie périnéale par le procédé de M. le Professeur Cunéo. Procédé de droite à gauche pour pédicules vaginal et utérin. Tamponnement vaginal à la gaze iodoformée. Drain de caoutchouc aux angles de la plaie. Crins à la peau. Sonde de Pezzer à demeure. Pansement au collargol.

Revue le 1er février 1923, état général beaucoup amélioré. Douleur à la miction. A gagné 4 kilos depuis opération.

OBSERVATION XLII

Mme C..., 36 ans. Rien à signaler dans les antécédents. Toujours bien réglée. Depuis quelques années se plaint de douleurs continues dans le bas-ventre. Pertes blanches abondantes. En décembre 1922, pertes rouges abondantes et durent jusqu'en janvier, le moment où la malade entre à l'hôpital.

Opérée le 9 février 1923 (M. le Professeur Cunéo). Rachianesthésie. Hystérectomie périnéale pour le cancer du col utérin par le procédé de M. le Professeur Cunéo. Mèches iodoformées après péritonisation.

Sortie guérie.

Revue le 28 mai 1923. Cicatrices vaginale et périnéale souples. Culs de sac vaginaux libres. Aucun trouble de la miction. Aucune douleur. Aucune trace de récidive. Etat général excellent.

OBSERVATION XLIII

Mme D..., 53 ans. Rien à signaler dans les antécédents. En 1921, ménopause. En février 1923, réapparition des pertes rouges et durent pendant tout le mois de février. Pas de douleurs. Vers le 5 mars 1923, pertes rouges très abondantes (caillots). Pas de douleurs. Entre pour ces pertes à l'hôpital le 8 mars 1923. Urines analysées à l'hôpital, pas d'albumine ni de sucre.

Opérée le 23 mars 1923 (Docteur Picot). Rachianesthésie. Hystérectomie périnéale pour néoplasme du col utérin. Léger envahissement de la paroi antérieure du vagin et de l'espace vésico-vaginal. Les paramètres sont un peu infectés. Le paramètre du côté gauche est envahi sur une étendue de plusieurs centimètres. L'utérus est enlevé d'une façon schématique de droite à gauche. Fermeture du péritoine et recouvrement par ce dernier de toute la face inférieure de la vessie. Réfection partielle du vagin. Trois mèches : une, vaginale ; deux, latérales, rétro-vaginales. Sonde à demeure.

Pièces : Urérus fibromateux avec plusieurs noyaux isolés. Volumineux chou-fleur au niveau du col et propagé vers la cavité du corps.

Sort guérie le 15 avril 1923.

Revue le 29 mai 1923. Cicatrice vaginale et périnéale en

très bon état. Culs-de-sac vaginaux libres. Tissus souples. Aucune douleur dans le bas-ventre. Pas de troubles urinaires. Aucune trace de récidive. Etat général excellent.

OBSERVATION XLIV

Mme D..., 42 ans. Opérée le 6 juin 1923 par M. le Professeur Cunéo pour néoplasme du col utérin très adhérent à la vessie.

Hystérectomie périnéale par procédé habituel. Décollement recto-vaginal facile.

Le décollement vésico-vaginal, très difficile, rend nécessaire la dilatation de l'urètre pour permettre l'introduction du doigt dans la vessie comme guide.

Néoplasme très adhérent. Infiltration de paramètre. Ligature difficile de l'artère utérine. A gauche un cordon arraché ne saignant pas. On croit qu'il s'agit de l'uretère. En réalité il s'agit de l'utérine. - Ablation des annexes. Fermeture du péritoine. Suture de la paroi postérieure du vagin. Mèches au vioforme. Sonde de Pezzer.

Actuellement (le 20 juin 1923) suites opératoires normales.

OBSERVATION XLV

Mme D..., 50 ans, opérée pour cancer du rectum en juillet 1912 par M. le Professeur Cunéo.

Extirpation abdomino périnéale du rectum.

1° temps périnéal : Incision transversale biischiatique. Décollement de l'urètre puis de la prostate et enfin de la vessie. Dégagement des parois latérales du rectum en passant en dehors de l'aponévrose pelvienne. Les deux index soulèvent les faces latérales du rectum et se rejoignent en arrière de celui-ci. Tamponnement du décollement recto-vésical.

2° temps abdominal : Incision médiane sous-ombilicale, dépassant même l'ombilic de 3 à 4 centimètres. L'anse sigmoïde est attirée dans la plaie. Ligature double de l'hémorroïdale supérieure. Section entre les deux ligatures ; ligature supplémentaire au niveau de l'arcade anastomotique. L'intestin est alors sectionné aux ciseaux à l'union du colon iliaque et du colon pelvien. Le bout distal est encapuchonné dans un préservatif stérilisé après avoir été fermé par encoulement. Il est ensuite décollé du sacrum, libéré sur les côtés, puis attiré dans la plaie périnéale à l'aide de la pince de Rouhier.

On procède ensuite à une péritonisation soignée du plancher de l'excavation. Le bout central jusqu'alors caché sous des compresses est encapuchonné à son tour. On pratique une incision latérale gauche de la paroi abdominale. Les trois couches musculaires sont traversées par dissociation. Après ouverture du péritoine on introduit dans l'ouverture un spéculum-ani. Le bout central est attiré dans le spéculum par une pince et le tout est ensuite attiré au dehors. Un segment d'environ 15 centimètres est ainsi attiré au dehors.

3° temps périnéal : Pour décoller le néoplasme, il faut faire une nouvelle incision rétro-anale et reséquer le coccyx. Après avoir achevé non sans peine le décollement, on constate que le rectum est encore retenu par deux cordes constituées par les pédicules hémorroïdaux moyens.

Ligature et section de ce pédicule. Section du rectum au-dessus du sphincter.

Tamponnement de l'énorme plaie périnéale par trois compresses au vioforme.

Mise en place dans le bout colique d'un tube de Paul.

Revue (1923). Guérison complète, aucune trace de récidive.

OBSERVATION XLVI

M^me^ B..., 51 ans. Rien à signaler dans les antécédents. Entre à l'hôpital en février 1923 pour douleurs et gêne à la défécation survenues à la suite d'une entérite, datant depuis mars 1922. Tenesme, mœlena, diarrhée alternant avec la constipation, glaires et dépôts. Jamais de sténose rectale complète.

Au toucher rectal, on sent une masse annulaire, siégeant sous la muqueuse, douloureuse et immobile au plan profond, bombant principalement à la partie antérieure. La muqueuse a perdu son velouté.

Au toucher vaginal, on constate que la paroi vaginale a perdu quelque peu de sa mobilité normale, mais ne semble pas nettement envahie.

Coefficient uréo-secrétoire d'Amdand, fait le 4 mai 1923 : R. = O. 137 ; urée du sérum, 0 gr. 35 au litre ; urée de l'urine, 14 gr. 30 au litre ; débit uréique dans 24 heures, 8 gr. 58.

En raison de symptômes d'azotémie, on renvoie la malade chez elle, en lui recommandant repos et régime alimentaire. 15 jours plus tard, revient à l'hôpital pour se faire opérer.

1° Opérée le 29 mars 1923. Anus artificiel sur le côlon droit, avec éperon au moyen d'une baguette de verre.

2° Opérée le 4 mai 1923 (M. le Professeur Cunéo).

Tumeur du rectum, amputation périnéale du rectum avec conservation du canal anal et de l'appareil sphinctérien. Abaissement facile du côlon pelvien. (Résection du coccyx). Suture bout à bout du côlon pelvien et du canal anal.

Revue le 4 juin 1923. Suites opératoires normales.

Conclusions

1° L'Hystérectomie périnéale est une opération qui ne saurait être mise en parallèle avec l'Hystérectomie par voie abdominale.

2° L'Hystérectomie périnéale est indiquée, en effet, surtout dans le cas du néoplasme du col utérin, avec envahissement total ou partiel du dôme vaginal et, beaucoup plus rarement, dans certains cas de fibromes ou du néoplasme du corps utérin.

3° Elle tire ses indications des contre-indications de l'Hystérectomie abdominale, tenant à l'état général, l'âge et surtout l'adéposité considérable de l'opérée, l'état du cœur, du poumon, du rein et du foie.

4° En effet, son pronostic immédiat est infiniment moins sérieux que celui de l'Hystérectomie abdominale élargie de Wertheim, surtout lorsqu'il s'agit de ces cas spéciaux.

5° La survie ne nous semble pas devoir être inférieure à celle de l'Hystérectomie abdominale, bien que les ren-

seignements que nous avons pu recueillir à ce sujet soient encore insuffisants.

6° Nous croyons donc qu'avec une bonne technique l'Hystérectomie périnéale est susceptible de rendre de réels services dans la cure opératoire des néoplasmes du col utérin, et c'est à ce titre que nous la conseillons.

Vu, le Doyen, *Vu, le Président,*

ROGER. CUNÉO

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

Bibliographie

Nous laissons de côté les opérations abdominales et nous ne mentionnons que les articles ayant trait aux opérations par voie basse.

Cunéo et Picot. — Technique de l'hystérectomie périnéale pour cancer du col de l'utérus. — *Journal de Chirurgie*, mars 1921.

Descomps. — L'hémostase des pédicules annexiels et utérins. — *Archives mensuelles d'Obstétrique et de Gynécologie*, février 1912.

Dordelein. — Opérative gynécologie. — Leipsig, 6 Tieme ed., p. 489.

Gosset et Monod. — Rapports sur le traitement du cancer cervico-utérin par l'hystérectomie consécutive à la curiethapie. — Société de Chirurgie de Paris, tome XLIX, n° 15, mai 1923.

Ehrenpreis. — Contribution à l'étude de l'hystérectomie périnéale. — Thèse de Doctorat, Paris 1910.

Faure (J.-L.). — Traitement du cancer des organes génitaux chez la femme. — Ann. de gyn. et d'obst., juin 1908 ; *Sem. méd.* 1908, p. 476.

Franz. — Des opérations pour récidives du cancer utérin. — *Arch. f. gyn.*, 1908, t. LXXX.

Fromme. — Studien zum clinish — pathologisch — anatomischén verhalter der lymphdrüssen, haupsächlich dem

carcinoma coli uteri. — *Arch. f. gyn.*, 1906, tome LXXIX.

Hartmann. — Cancer du vagin, castration totale par l'incision paravaginale. — Compte rendu de la Société chir. de Paris, 1er décembre 1909.

Imbert et Pieri. — Sur l'extirpation utéro-vaginale totale. — *Bull. de la Société de Chirurgie*, 15 novembre 1905.

Jayle. — Résultats immédiats et éloignés de l'hystérectomie pour cancer de l'utérus. — *Revue de gyn. et de chir. abd.*, 1908, t. XII.

Jayle et Papin. — De la dégénérescence néoplastique des ovaires dans le cancer de l'utérus. — *Revue de gyn. et de chirur. abd.*, 1904.

Kramer. — Des organes lymphatiques des organes génitaux féminins et de leur modification dans le cancer. — *Ann. de gyn.*, 1904, in thèse de Page.

Kundrat. — Extension du cancer au parametrium dans les cas de l'utérus. — *Arch. f. gyn.*, Bd LXIX.

Ménétrier. — Cancer, in Nouveau Traité de médecine et de thérapeutique.

Offergeld. — Le cancer de l'utérus et ses matatases dans les organes à sécrétion interne. — *Arch. f. Gyn.*, 1909, t. LXXXIII.

Ortner. — Récidive tardive d'un cancer de l'utérus. — *Zntralbl f. chir.*, n° 29, 1909.

Proust. — Colpo-hyspérectomie totale par voie vulvo-périnéale (opération de Schuchardt-Schauta). — *Presse méd.*, 6 mars 1907, n° 22.

Quenu et Duval. — Technique opératoire de la colpo-hystérectomie totale par voie combinée périnéo-abdominale. — *Rev. de chir.*, 1908.

Schauta. — Die operation Gebermutterkrebs mitteest der Schuchardt schen paravaginale schmittes. Monatscher f. Geb. u. gyn. 1902, t. XV.

— Die Berechtigung der vaginalen totalextirpation bei Gebermut terkrebs monatschr. f. Geb u. gyn. 1904, t. XIX.

— Lehrbuch der Gesamten gynecologie Vienne, 1907, 3e édit.

— Résultats à longue échéance de l'extirpation du cancer du col utérin par la voie vaginale élargie. Deutsche medez. Wochenschr, 1909, in Journal de Chir., 1909.

— Die erweitete vaginale totalextirpation des uterus bei Kollein Karzinom, Vienne, 1908.

Scheib. — Keinische und anatomische Beiträge zur opérativen Bechandlung des uterus karzinoms. — *Arch. f. Gyn.*, 1908 à 1909, t. LXXXVII.

Schuchardt. — Eine neue methode der Gebermutterextirpation. Centralbl. f. chirur. 1893, n° 51. Uber die paravaginale methode der extirpation uteri und ihre Enderfolge beim, Uterus-Krebs Monastschr. f. geb. u. gyn., 1901, t. XIII.

Segond. — Les Hysterectomies totales vaginales et abdominales dans le cancer de l'utérus. — Th. de Bigeard, 1889.

— Considérations sur l'hystérectomie vaginale et l'hystérectomie abdominale dans le traitement du cancer utérin. — *Bul. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1895, t. XXV.

Soupault et Labbe. — Etude sur les altérations et le rôle des ganglions lymphatiques dans le cancer épithélial. — *Revue de méd.*, 1908.

Staude. — Uber totalextirpation des carzinomatösen Utérus mittelst doppelsseitiger scheindenspaltung Monatsch f. geb. u. gyn., 1902, t. XV. — *Zentralblatt f. gyn.*, 1908, n° 37.

Weibel. — Les lésions des urtères à la suite des hystérectomies larges pour cancer de l'utérus. — *Zeitschr. f. geb. u. gyn.*, 1908, t. LXVII.

Weindler. — Einige Fälle von unerwarteter Krebsheilung. — Zentralbl f. gyn., 1908.

Wertheim. — Traitement chirurgical du cancer de l'utérus. — Rapp. au congrès de Rouen, 1902.

— Contribution à l'étude des ganglions lymphatiques dans le cancer de l'utérus. — *Zeitchr. f. gyn.*, 1903, n° 4.

— Les ganglions lympathiques dans le cancer de l'utérus. — Société d'obstétrique et de Gyn. de Vienne, 1904. — Résumé in *Rev. de gyn.*, 1904.

Winter. — Statistique des Utérus krebse. — *Zantralbl. f. gyn.*, 1908, n° 6.

Zweifel. — Nouveau procédé pour l'extirpation de l'utérus cancéreux. — *Zentralblatt f. gyn.*, 1909.

IMP. COMMERCIALE PERRETTE, LIMOGES